ROK IX. WARSZAWA, 1935, WRZESIEŃ ZESZYT IX.

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA.

REVUE MENSUELLE CONSACRÉ À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN.

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego.

PRACE ORYGINALNE

Praktyczne wyniki i wytyczne leczenia jodem choroby Basedowa i cierpień basedowoidalnych [1]).

PODAŁ
DR. STANISŁAW HIGIER.

Lecznictwo cierpień o charakterze hyper-dystyreoz, z chorobą *Basedowa* włącznie, natrafia po dziś dzień na wielkie trudności. Brak dotychczas właściwej terapji przyczynowej w postaci metod internistycznych skutecznych, a pewnych. Niezależnie od tego, poważnymi przeszkodami w ustalaniu właściwego postępowania leczniczego są dwie, swoiste dla tych schorzeń okoliczności: wielka różnorodność mechanizmów patogenetycznych i odmian klinicznych, mieszczących się w omawianym dziale, oraz wielokrotnie stwierdzany fakt, że wszystkie niemal używane tu leki rozmaicie bywają znoszone i rozmaite, czasami biegunowo przeciwne, dają wyniki, zależnie zarówno od indywidualności pacjenta, jak i od tego, czy stosowane są po raz pierwszy ,czy też powtórnie, jakoteż od szeregu innych, mniej uchwytnych, przyczyn. Do tych zjawisk, które decydować mogą o użyteczności danej metody w danym przypadku, zaliczyć wypadnie również i sztuczne sposoby przygotowania ustroju pacjenta do celowego odczynu na wprowadzany lek lub zamierzony zabieg, poprzez chociażby t. zw. „przestroje“ organizmu.

W sumie — w żadnym, być może, dziale medycyny klinicznej lekarz-praktyk nie kroczy tak po omacku, a leczenie nie sprowadza się do szeregu prób, których wyniku nie da się przewidzieć.

Ze środków leczniczych, które coraz to większe znajdują zastosowanie w leczeniu *Basedowa* i stanów pokrewnych ,wysunął się ostatnio na plan pierwszy — *jod*. Rozpowszechnienie tej metody leczniczej posuwa się jednak powoli, prawdopodobnie dlatego, że metoda ta okazała się w wielu przypadkach bronią obosieczną, że wymienimy tutaj obserwacje następujące: a) u szeregu basedowików, dystyreotyków i hypertyreotyków homeopatyczne nawet dawki jodu wywołują z miejsca objawy niepożądane; b) u innych dodatnie wyniki ustę-

[1]) Praca wyróżniona na konkursie „Wiedzy Lekarskiej”.

pują wkrótce miejsca ujemnym, czy to wtedy, gdy przekroczona zostaje bardzo indywidualnie wyznaczająca się dawka optymalna, czy też, kiedyindziej, bez żadnej widomej przyczyny; c) w bardzo wielu wypadkach leczenia tym sposobem odstawienie jodu w trakcie, lub nawet po ukończonej kuracji, powoduje niewspółmierne do uzyskanego polepszenia — pogorszenie stanu ogólnego, któremu często towarzyszą burzliwe, a nawet groźne objawy.

Nic więc dziwnego, że wobec powyższych możliwości, szereg terapeutów ogranicza stosowanie jodu w chorobie *Basedowa* i w cierpieniach podobnych jedynie tylko do postępowania przygotowawczego przed zabiegiem operacyjnym. Zgodnie z ich poglądami, jod może być bez szkody podawany pacjentowi wyłącznie w ciągu kilku lub kilkunastu dni przed zamierzoną operacją, w ciągu którego to okresu wystąpić powinna poprawa chwilowa, zwiększająca jednak szanse pomyślnego wyniku krwawego zabiegu.

Zaznaczmy mimochodem, że jednak i zwolennicy tej koncepcji, opierając się na doświadczeniu klinicznem, zaczęli wszyscy niemal stosować ostatnio niewielkie dawki jodu i po zabiegu operacyjnym, odstawiając lek ten po kilku dniach lub tygodniach, już bez obawy wywołania owego „odczynu pojodowego".

Jednakże, ograniczenie leczenia jodowego do takich, przygotowawczych przedoperacyjnych, kuracyj, nie jest uzasadnione teoretycznie ani klinicznie; cały szereg pozytywnych wyników traktowania dystyreoz wyłącznie jodem, lub też współrzędnie z innymi, czysto „internistycznymi" metodami, zdaje się świadczyć, że podawanie jodu stanowi jeden z lepszych sposobów terapeutycznego opanowywania schorzeń, o których mowa, a nawet, że posiada on tu poniekąd charakter lecznictwa przyczynowego.

Być może, spopularyzowanie tej metody leczniczej w stopniu, na jaki ona zasługuje, zależy jedynie od dokładniejszego ustalenia wskazań i przeciwwskazań, lepszej umiejętności dawkowania i szczegółowszego opracowania „techniki" jej stosowania.

W pracy niniejszej postaram się właśnie na podstawie odnośnego materjału kazuistycznego własnego, i biorąc pod uwagę dotychczasowe piśmiennictwo w tej sprawie, sformułować i ustalić *wytyczne racjonalnych kuracyj jodowych* w stanach dyshypertyreotycznych, przedewszystkiem zaś w chorobie *Basedowa*.

Z trudności, nasuwających się przy leczeniu jodem, postaram się rozstrzygnąć tu kolejno następujące zagadnienia:

1) czy wszystkie schorzenia dys- i hypertyreotyczne nadają się do leczenia jodem, a jeżeli — nie, to w których z nich jod stanowi metodę wybiorczą, w jakich stosowany może być bez obaw, w jakich warto lub można go próbować między innymi, a kiedy powinien być bezwzględnie unikany?

2) jakie winno być właściwe dawkowanie przetworów jodowych w cierpieniach basedowoidalnych, jeżeli chodzi o leczenie „przewlekłe", a nie tylko „przygotowawcze" do zabiegu operacyjnego?

3) jakiemi zjawiskami powodować się należy dla stwierdzenia, że jod działa w danym przypadku dodatnio, a jakie zjawiska służyć mogą ostrzeżeniem, że kuracja jodowa powinna być jak najszybciej przerwana?

4) w jaki sposób należy rozpoczynać leczenie jodem (okres przygotowawczy i „wprowadzenie"), jak długo je prowadzić, i jak je kończyć, aby uniknąć objawów i pogorszenia stanu, opisywanego przez różnych badaczy, jako odczyn pojodowy?

5) z jakimi innymi środkami i metodami leczniczemi można lub należy łączyć przewlekłe podawanie jodu, z czem więc działa jod u basedowika synergetycznie, a z czem antagonistycznie?

6) czy i w jakich wypadkach wolno kuracje jodem powtarzać w razie zjawienia się nowego pogorszenia, lub wobec niedostatecznych wyników pierwszej kuracji?

II.

Poważną trudność praktyczną przy ustalaniu *zasięgu wskazań do leczenia jodem* stanowi brak dokładnej klasyfikacji nozologicznej cierpień basedoidalnych. Przypomnijmy, że *Plummer*, który metodę leczenia jodem do nowoczesnej terapji wprowadził, ściślej zaś mówiąc, tylko wskrzesił koncepcje zapomniane, opierał się na podziale odpowiednich schorzeń na podstawie patogenetycznych teorji amerykańskich, głównie własnych i *Boothby'ego*. W myśl tego podziału odróżniać należy: a) właściwą chorobę *Graves-Basedowa*, a według nomenklatury amerykańskiej—*Exophtalmic Goiter*, która fizjopatologicznie

ma być dystyreozą, a klinicznie przebiegać zawsze z objawami wzmożonej Przemiany Spoczynkowej i wytrzeszczem, od b) gruczolaka tarczycy *(Toxic Adenoma)*, który czynnościowo przedstawia się jako hypertyreoza i któremu wymienione objawy towarzyszyć nie muszą. Otóż, *Plummer* stosowanie płynu *Lugola* ograniczył jedynie do właściwego *Basedowa*, spoczątku uważając, że w przypadkach gruczolaka leczenie tego rodzaju przynieść musi szkodę.

Dalsze losy leczenia jodem, zwłaszcza jeżeli chodzi o podawanie go w sposób przewlekły, nie potwierdziły powyższego rozgraniczenia. A przytem i koncepcje patogenetyczne amerykańskich autorów poważnie zostały zakwestjonowane przez badania doby ostatniej *(Zondek, Holst* i t. d.)

Tak, czy inaczej, odnaleść można obecnie w piśmiennictwie z jednej strony prace, stwierdzające, że leczenie jodem przynosi pożytek w każdym przypadku, zarówno choroby *Basedowa*, jak i gruczolaka *(Starr)*, zarówno dystyreozy, jak i hypertyreozy, z drugiej zaś strony dowodzące tezy odwrotnej; część autorów podnosi, że istnieją specjalne „jodoodporne" przypadki i „jodoodporne" fazy w obrębie klasycznego Wola Wytrzeszczowego *(Exophtalmic Goiter) Plummera i Boothby'ego.*

Osobiście, przeprowadzając badania u 29 pacjentów, starałem się ich m. in. rozklasyfikować według zasad podziału amerykańskich autorów; stwierdziłem jednak poprawy w każdej kategorji schorzeń dyshypertyreotycznych, co ujawnia następujące zestawienie:

Tabelka 1.

Typ	Ogółem leczono jodem	Wynik dodatni	Bez zmian	Pogorszenie
Przypadki typu Exopht. Goiter.	21	15	5	1
Przypadki typu Toxic Adenoma	3	2	1	
Inne przypadki (Tyreotoksykoza bez wola, Sympatoza basedowoid).	5	3	2	

Równie małą wartość praktyczną posiadają próby ustalania wskazań do lecznictwa jodem w zależności od dominującego objawu, czy to z „trójcy merseburgowskiej", czy też z pięciu zasadniczych objawów zespołu *Labbe'go i Dautrebande'a.* Dzieje się tak pomimo, iż jod w swem działaniu objawowem stosunkowo łatwo i szybko opanowuje jedne objawy (przedewszystkiem dotyczące akcji serca, Przemiany Spoczynkowej, narządów trawienia i psychiki), nie okazując większego wpływu na inne (np. wole i wytrzeszcz). Z tych właściwości udaje się jednak wysnuć jedynie negatywną zasadę: że te przypadki, w których mamy do czynienia jedynie z opornymi na działanie jodu objawami [1]), mniej nadają się do lecznictwa jodowego; natomiast, dominowanie tego, czy innego zjawiska chorobowego w szeregu innych nie może być żadnym wskaźnikiem. Nie udało mi się również stwierdzić różnic w terapeutycznym działaniu jodu w zależności od przewagi czy to zespołu „sympatozy", czy też tyreotoxykozy.

Co się tyczy długotrwałości istnienia choroby, to, wbrew opinji niektórych autorów *(Holst, Means)*, absolutnie nie mogłem stwierdzić istnienia wyraźnych wskazań lub przeciwwskazań do leczenia jodowego stąd płynących, co wyraziło się też w następującej tabelce:

Tabelka 2.

Czas uprzedniego trwania choroby	Ogółem leczonych	Wynik dodatni	Bez wyniku	Pogorszenie
Przypadki świeże (mniej niż 3 miesiące)	2	1	1	
3 — 12 miesięcy	4	2	2	
1 — 2 lat	4	2	1	1
2 — 5 lat	16	13	3	
dłużej, niż 5 lat	3	2	1	

Z rozpatrywanego pod tym kątem widzenia materjału kazuistycznego ośmieliłbym się wysnuć pozatem wniosek, że okresy jodoodporne (jodorefraktäre Pha-

[1]) inaczej powiedziawszy, z zupełnym brakiem zespołu objawów tyreotoksykozy.

sen - Petréna), jeżeli wogóle istnieją, należą do zjawisk rzadszych, niż to w piśmiennictwie ostatniej doby jest podawane.

O wiele wyraźniej natomiast udaje się schwycić różnice w oddziaływaniu jodu w rozmaitych okresach życia, zależnie więc od *wieku* basedowika. W zgodzie z odpowiedniem piśmiennictwem, mogłem więc stwierdzić małą przydatność jodu u pacjentów młodocianych, jako też tam, gdzie choroba Basedowa datowała się od dzieciństwa, a nawet, jeżeli tylko powstała przed dojrzałością płciową; u dzieci jod działa wręcz szkodliwie, powodując nasilenie się niektórych objawów, zwłaszcza psychicznych. Stosunkowo najlepsze wyniki leczenia jodowego otrzymujemy u pacjentów w wieku 30 do 40-tu lat. Co się tyczy schorzeń basedowoidalnych, powstających w okresie przekwitania, lub później, to odróżnić tu należy typ cierpienia rozwijający się bez większego spadku wagi, na który to typ jod działa dodatnio, i typ, idący z dużem wychudzeniem i robiący wrażenie zaostrzenia się w tym okresie sprawy chorobowej dawniej „uśpionej", na te przypadki jod działa o wiele gorzej, zwłaszcza przy niedość ostrożnem dawkowaniu.

Najwyraźniejsze wskazania do kuracji jodowych dostarczyć jednak może, jak stwierdziłem, *etjologja* cierpienia. Wbrew twierdzeniom *Starr'a* i *Braileya*, nie każda etjologja pozwala na terapeutyczne wprowadzenie jodu do ustroju. Jeszcze przed rozpoczęciem badań nad materjałem kazuistycznym, tu zebranym, stwierdzić mogłem słuszność zapatrywania szeregu autorów, że z leczenia jodowego bezwzględnie wyłączone być winny przypadki stanów basedowoidalnych, wywołanych przyjmowaniem jodu w celach leczniczych w dawkach przesadnych lub niedostatecznie zindywidualizowanych (Jodbasedow). Przypomnieć warto, że zwykle w tych przypadkach przed zjawieniem się objawów tyreotoksykozy, występuje szereg objawów t. zw. jodzicy, głównie w postaci zmian na skórze oraz w czynności trawienia. U niektórych osobników jednakże zatrucie jodem występuje odrazu w postaci objawów basedoidalnych, tak, że przypuścić należy, czy to konstytucjonalną gotowość do choroby Basedowa, czy też swoiste uczulenie na związki jodobiałkowe. Już te zjawiska mówią nam o niebezpieczeństwie dalszego podawania jodu u pewnej kategorji osobników. Zresztą, podawanie jodu w przypadkach Jodbasedowa jest zbędne, gdyż zazwyczaj samo odstawienie szkodliwości, które do objawów chorobowych doprowadziła, spokój psychiczny i fizyczny, a, conajwyżej, podawanie przez czas krótki leków uspakajających i wzmacniających wystarcza do uzdrowienia.

Sąsiaduje z tą grupą schorzeń grupa wola niebasedowicznego, łatwo ulegającego basedowifikacji, co, jak wykazali autorzy austryjaccy, wiąże się z warunkami klimatyczno-terenowemi, w których wola takie endemicznie powstają. Wogóle, wole endemiczne, leczone oddawna jodem jest też na jod stosunkowo mało wrażliwe i dawki jodu, podawane tutaj, są dość wysokie. Ustosunkowanie się lekarza do tego rodzaju przypadków zmienić się musi radykalnie na pełne rezerwy i ostrożności postępowanie z chwilą, gdy stwierdza pierwsze cechy, czy nawet tendencję basedowifikacji. Wreszcie, o ile sądzić mogę, na zasadzie dwóch obserwowanych przez siebie przypadków, jod nie wydaje się być wskazany w tych przypadkach cierpień dys-hypertyreotycznych, które zjawiają się w wyraźnej zależności od wstrząsów i przeżyć psychicznych (Basedow psychopochodny).

Przechodzimy z kolei do częstszych *powikłań Basedowa i współistnienia z nim innych cierpień przewlekłych.*

Więc w przypadkach tak często spotykanych przy chorobie Basedowa zwyrodnienia mięśnia sercowego, co nie zawsze jest skutkiem tyreotoksykozy, jod zdaje się być wskazanym podwójnie.

Cukrzyca, a tembardziej cukromocz przejściowy, nie stanowi również przeciwskazania dla leczenia jodem. Nie jest również przeciwwskazaniem ciąża *(Jackson)*, która, jak wiemy, zazwyczaj wywołuje zaostrzenie objawów, jakkolwiek w innych przypadkach powodować może poprawę lub remisję. W pojedyńczym obserwowanym przezemnie przypadku choroby Basedowa, przebiegającej uprzednio w ciągu kilku lat w sposób łagodny, wzmacniającej się zaś w pierwszych miesiącach ciąży u trzydziestoletniej pierwiastki, uzyskałem za pomocą jodu szybką poprawę.

Natomiast, przeciwskazeniami są: gruźlica płuc, niezależnie od postaci i okresu, oraz cierpienia nerkowe nefrytyczne i nefrotyczne.

Jeżeli teraz syntetycznie postaramy się ująć sprawę praktycznych wskazań i przeciwwskazań leczenia jodem omawianych

cierpień, to dojdziemy do wniosku, że a) nie znamy takich postaci, w których jod gwarantowałby pewną poprawę; b) można i należy go stosować, lub nim się posługiwać w większości przypadków choroby Basedowa i cierpień basedowoidalnych, zwłaszcza u osób dojrzałych i w przypadkach, gdy mamy do czynienia z rozmaitym zespołem objawowym cierpienia; c) ostrożnie próbować go można we wszystkich innych przypadkach, z wyjątkiem Jodbasedowa, Basedowa dziecięcego, psychopochodnego oraz późnego, jeżeli dominują w nim objawy tyreotoksykozy z wybitnym spadkiem wagi. Te postacie stanowią wyraźne przeciwwskazania. Pozatem, przeciwwskazaniem mogą być cierpienia współistniejące, zwłaszcza wymienione powyżej.

Nie poruszam tu sprawy t. zw. tyreotoksykoz ostrych, „piorunujących", identycznych z „przełomami" (kryzami) basedowicznymi autorów amerykańskich i francuskich. Postaci te, prowadzące w ciągu kilku godzin do zamroczenia i swoistych obrazów porażenia ośrodkowego, a kończące się śmiercią sercową, zdarzają się u nas stosunkowo bardzo rzadko; do rzadkich zalicza je również *Zondek* (Coma basedowica).

Autorowie amerykańscy, którzy odpowiednie przypadki opisują o wiele częściej, zajmowali się również możliwością terapeutycznego opanowania tych, niemal beznadziejnych, obrazów chorobowych. Środkiem heroicznym, dającym niekiedy wyniki pomyślne, ma być tyroidyna lub tyroxyna, podawana w dość dużych dawkach dożylnie. Czy chodzi tu o działanie swoiste złożonego chemicznie związku, czy też jedynie o efekt farmakodynamiczny jego frakcji jodowej — odpowiedzieć trudno. Osobiście widziałem zaledwie dwa przypadki typu „Coma basedowica", nigdy jednak nie miałem możności stosowania w nich jodu w jakiejkolwiek postaci.

III.

Zagadnienie *właściwego dawkowania jodu w hypertyreozach* jest wybitnie zaciemnione przez stałe operowanie w piśmiennictwie klinicznym dawkami płynu Lugola obliczanemi w kroplach. Stwierdzić przytem trzeba, że płyn Lugola, używany przez większość badaczy amerykańskich jest roztworem pięcioprocentowym, którego w Europie zupełnie w handlu niema.

Wydaje się być doświadczalnie dowiedzionem, że wszystkie rodzaje podawanego jodu, które przedostają się do krwi w postaci zjonizowanej, działają identycznie lub prawie identycznie, że jedynie pewne jodowe połączenia organiczne (jak np. dijodtyrozyna) powodują odrębne efekty farmakodynamiczne. Wobec czego byłoby wskazanem przejść wreszcie do oznaczania leczniczych dawek połączeń i przetworów jodowych w skali prostszej — ilości zawartego w nich jodu metalicznego.

W tej skali uwidoczniłaby się dopiero wyraźnie różnica pomiędzy leczeniem przygotowawczem, przedoperacyjnem a właściwem leczeniem „przewlekłem" nadtarczyc jodem. W okresie przedoperacyjnym podaje się w myśl dawkowania *Plummera* około 0,12 jodu dziennie, podczas gdy interniści, zwłaszcza europejscy, posiłkują się dawkami, odpowiadającemi dziesięćkroć mniejszej ilości jodu metalicznego.

Zresztą, *Thompson i Brailey* stwierdzili wyraźny dodatni efekt farmakodynamiczny mniej, niż jednego miligrama dziennie, praktycznie używając jednak dawek nieco wyższych. Wypracowana przez *Zondeka* metoda polega na podawaniu koło 0,01 jodu metalicznego dziennie; *Csépai* dawkuje jod w ilości nieco mniejszej.

Wogóle, już powierzchowne porównanie wystarczy do stwierdzania, że większość autorów, którzy negatywnie ustosunkowali się do przewlekłego leczenia Basedowa jodem (np. *Moreau, Kogan-Jasny)* czyniła próby z dawkami zbyt dużemi, zbliżonemi do plummerowskiego leczenia „przygotowawczego"; jest więc prawdopodobne, że ujemny wynik doświadczeń klinicznych zależał u nich poprostu od *stosowania nieodpowiednich dawek lub nieodpowiedniego roztworu.*

Osobiście, stosuję ilości małe, nawet w odniesieniu do ustalonych przez *Zondeka* lub *Csépai'a*, gdyż rozpoczynam leczenie od 0,005 jodu dziennie, podnosząc potem dawki i indywidualizując je dość znacznie, nie przekraczając jednak prawie nigdy ilości dwóch centigramów w ciągu doby.

U większości pacjentów, niezależnie od tego, czy reagują oni dodatnio na jod, czy też nie, te ilości jodu podawane być mogą bez obawy w ciągu długich miesięcy.

Co się tyczy *postaci* wprowadzonego leku, to do najdogodniejszych należy jednoprocentowy roztwór wodny jodku potasu

i jednoprocentowy roztwór Lugola. Pozatem, próbowałem podawać mocznik jodowalerjanowy (syn. Jodivalu) w ilości 0,015 do 0,02 dziennie — z wynikami zadawalającymi.

Kilkakrotne próby zastąpienia powyższych środków innymi, zwłaszcza zaś tak popularnemi u nas: nalewką jodową i „jodopeptonem“, wypadały o wiele mniej zadawalająco, jednakże zbyt małe doświadczenie w tym kierunku nie pozwala na wyciągnięcie stąd jakiegokolwiek sądu ujemnego.

Jak już zaznaczyłem wyżej, dawkowanie jodu, niezależnie od przepisanej postaci, zmieniam w trakcie kuracji, a mianowicie rozpoczynam ją od dawek bardzo małych, w ciągu tygodnia lub dwóch przechodzę do większych, które służą do otrzymania optymalnego wyniku leczniczego, poczem stopniowo dawkę zmniejszam, utrzymując jednak podawanie jodu w ilościach minimalnych jeszcze przynajmniej w ciągu 2 — 3 miesięcy. Szczegóły i motywy takiego postępowania wyjaśnię dalej.

Podkreślić trzeba z całą stanowczością, że rozmaite efekty działania jodu zależą nietylko od konstytucji osobniczej i postaci chorobowej, ale i od okolicy, z której dany pacjent pochodzi, względnie — w której rozwinął mu się zespół hyperdystyreotyczny. Nie wchodząc tu w istotę tego faktu, zależnego według szeregu badaczy od swoistej „jodoallergji“, jaka się w ustroju wytwarza pod wpływem działającego nań zzewnątrz jodu powietrza, wody i pokarmów roślinnych, wyciągać zeń trzeba konsekwencje praktyczne. Dla terapeuty wynika stąd, że wszelkie dawkowanie jodu w leczeniu cierpień basedowoidalnych, wynikające z doświadczenia, na jednym materjale klinicznym uzyskanem, zawieść może w stosunku do innych przypadków, dotyczących pacjentów z innych okolic.

Zastrzec się więc muszę, że wypracowane przeze mnie dawkowanie okazało się skuteczne głównie w stosunku do przypadków, pochodzących z Warszawy, jej okolic i wogóle Polski Środkowej.

Przechodzimy do sprawy praktycznie bardzo ważnej, a mianowicie, w jaki sposób *rozpoznaje się, że jod podawany działać będzie dodatnio,* że więc liczyć można na udatne przeprowadzenie kuracji, a jakie znów zjawiska uznać należy za alarmujące, wskazujące, że rozpoczęte leczenie jodowe powinno być jaknajprędzej przerwane.

W przebiegu leczenia hyper- i dystyreoz jodem rozróżniać można dwa odczyny ogólne, znane w literaturze jako: *reakcja jodowa,* t. j. zespół zmian czynnościowych, zjawiających się naskutek rozpoczęcia podawania jodu, oraz *odczyn pojodowy,* będący odpowiedzią na zaprzestanie podawania jodu. Pierwszy z nich w swej najczęstszej postaci równoznaczny jest z poprawą kliniczną (jakkolwiek zdarzają się i odczyny jodowe-paradoksalne); drugi przejawia się klinicznie w postaci zaostrzenia objawów chorobowych, a więc wywołuje pogorszenie w stosunku do stanu uprzedniego.

Odczyn jodowy i odczyn pojodowy najwybitniej występują przy podawaniu wielkich dawek jodu w kuracjach „przygotowawczych“ wg. Plummera. W metodzie przewlekłego podawania jodu odczyny te są mniej wyraźne, tem większą jednak mają wartość dla lekarza-praktyka, który musi się starać o to, aby odczyn jodowy trwał jaknajdłużej i jaknajbardziej celowo neutralizował objawy choroby, odczyn zaś pojodowy, aby wystąpił w sposób możliwie najbardziej nikły, i aby w żadnym razie nie zniweczył otrzymanego przedtem efektu dodatniego.

Szybkie więc rozpoznanie, czy jod działa w danym przypadku dodatnio, sprowadza się do umiejętności konstatowania pierwszych objawów reakcji jodowej, czy to zwykłej, czy paradoksalnej.

Reakcja jodowa odbija się zwykle na całokształcie zespołu chorobowego, jednakże na rozmaitych jego składowych z rozmaitą intensywnością i szybkością. Odpowiednie zmiany stosunkowo szybko wykryć się dają zwykłemi metodami fizykalnego badania.

Część autorów uznaje jednak, że przy pomocy metod pomocniczych udaje się kierunek odczynu jodowego wykryć wcześniej.

W piśmiennictwie spotykamy się więc np. z t. zw. próbą jodową *Herrnheisera* i *Redischa,* polegającą poprostu na podawaniu jodu przez krótki okres próbny przy równoczesnem częstem badaniu Przemiany Spoczynkowej; osłabienie Przemiany Spoczynkowej świadczyć ma, że dodatni odczyn jodowy się rozpoczął, a, co za tem idzie, że dany przypadek nie reaguje

na podawanie jodu w sposób ujemny, ani też nie jest, ze względu na swą postać lub okres („jodrefraktäre Phase“ — Starr'a), jodooporny. Próba ta jednak większego praktycznego znaczenia mieć nie może. Przedewszystkiem dlatego, że na początku kuracji jodowej starać się winniśmy o możliwie całkowity spokój dla pacjenta, ograniczyć jaknajbardziej opuszczanie przezeń mieszkania lub nawet łóżka, izolować go od wszystkich zbytecznych przykrych emocji, do jakich bezwątpienia zaliczyć trzeba wrażenia przy badaniu Przemiany Spoczynkowej w jej obecnej technice. Ale i pozatem kilkakrotne badania Przemiany Spoczynkowej w krótkim okresie czasu nie dają wyników porównawczo objektywnych, tembardziej, gdy chodzi o nikłe różnice [1]).

Zbędnem również jest posiłkowanie się próbą *Götsch'a*, polegającą na podaniu podskórnem adrenaliny i stwierdzeniu jej, niewspółmiernego do dawki, działania na szybkość akcji serca i ciśnienia krwi u pacjenta-basedowika. Próby tej wogóle nie można zaliczyć do całkowicie bezpiecznych; w każdym razie po wstrzyknięciu jednego miligrama adrenaliny widywałem u basedowików trwałe przykre objawy i pogorszenia; dlatego też, w razie istotnej potrzeby, posiłkuję się conajwyżej dawkami ¼ lub ½ mgr., które dla otrzymania odczynu dodatniego zwykle już są wystarczające. Jednakowoż i te dawki nie powinny być podawane zbyt często, gdyż same przez się mogą one zniweczyć lub zamaskować nieznaczną poprawę w pierwszych dniach podawania jodu. Porównywanie wyników próby *Götsch'a*, powtarzanej kilka razy w ciągu pierwszych dni „jodowych“ uznać więc należy za całkowicie z djagnostycznego punktu widzenia chybione.

Stwierdzenie dodatniej reakcji jodowej ograniczyć więc należy do stwierdzenia tych zmian, jakie zachodzą w obrazie klinicznym, zwłaszcza zaś na stwierdzeniu spadku tętna i parcia krwi.

Na podstawie przebadanego materjału, podkreślić muszę, że zmianą pierwszą i najwyraźniejszą w większości przypadków jest zwolnienie tętna w razie dodatniej reakcji jodowej. Zwolnienie to daje się zauważyć przedewszystkiem rano, tuż po obudzeniu, a przed opuszczeniem przez pacjenta łóżka. Objaw ten stwierdzałem w kilku przypadkach już na trzeci dzień po rozpoczętem leczeniu. Wogóle, wcześniej, lub później, występował on w ogromnej większości obserwowanych przypadków, gdyż w dwudziestu pięciu na dwadzieścia dziewięć, z których dwadzieścia dało trwałe polepszenie po ukończonej kuracji, pięć zaś pozostało bez widoczniejszego efektu dodatniego. Jest więc on próbą bardzo czułą, chociaż prognostycznie niezupełnie pewną.

Później nieco dopiero stwierdzić można inne dowody dodatniego działania jodu, wyraźnie już świadczące, że nie ma się do czynienia z odczynem paradoksalnym. Wśród tych objawów, do bardzo wartościowych dla prognozy zaliczyłbym zwężenie rozpiętości (amplitudy) pomiędzy minimum a maximum parcia krwi. Przypomnieć tu przypadnie, że do klasycznego obrazu choroby Basedowa należy właśnie zwiększenie się tej rozpiętości (objaw Pende), charakteryzujący również wiele przypadów schorzeń basedowoidalnych z praebasedowem włącznie, natomiast z wyłączeniem sympatoz basedowoidalnych. Zwężenie się tej rozpiętości odnajdowałem już w ciągu pierwszego tygodnia leczenia jodowego u 20 pacjentów, z czego 19 wykazało ostateczny efekt dodatni, a tylko jeden przypadek okazał się klinicznie na jod odporny. Odpowiednie zmiany mogą tu być dość znaczne, że wspomnę przypadek Basedowa nietypowego u 39-letniej nauczycielki, gdzie objaw Pende wysuwał się na plan pierwszy: kilkakrotnie badane w ciągu ostatnich tygodni przed rozpoczęciem leczenia jodowego, parcie krwi u tej pacjentki wykazywało stale 180/65 (przy parciu średniem 85 — 95); po czterech dniach kuracji jodowej parcie wynosiło 155/75, a po tygodniu 150/85. Poprawa subjektywna wystąpiła w tym przypadku o wiele później, a wynik ostateczny leczenia, jakkolwiek niezły, daleki był od wy-leczenia całkowitego. Zaznaczyć też muszę, że w pojedyńczych przypadkach objaw Pende znikał pod wpływem jodu nietyle wskutek obniżenia maximum parcia, ile w związku z podniesieniem się minimum i średniego, zjawisko interesujące wobec

[1]) Tak np., jeżeli badanie P. S. przeprowadzone było po raz pierwszy tuż przed rozpoczęciem kuracji jodowej, to wzmożenie jej przy drugiem badaniu świadczyć może poprostu o ujemnem ustosunkowaniu się pacjenta do tej przykrej dla niego metody i przeżywaniu przezeń odpowiednich przykrych wzruszeń, a bynajmniej nie o ujemnem działaniu jodu.

prób tłomaczenia działania jodu na parcie jedynie jako antagonisty adrenaliny.

Do innych objawów, które wykazują, że odczyn jodowy jest dodatni, należy może ustąpienie biegunki i unormowanie się trawienia, regulacja akcji serca tam, gdzie istniały poprzednio zaburzenia miarowości, uspokojenia psychicznego, ochłodzenie powierzchni skóry i t. d., jednakże wszystkie te objawy występują zwykle dopiero później — po tygodniach leczenia jodem.

Ze zjawisk alarmujących, świadczących o odczynie „paradoksalnym", a, co za tem idzie, o konieczności przerwania rozpoczętego leczenia wymienić wypadnie przedewszystkiem zwiększenie niepokoju psychicznego, duszność i bezsenność. Przy dawkowaniu, którem się posługuję, objawy te są początkowo dyskretne i pozwalają na odstawienie jodu bez spowodowania jakiegokolwiek trwałego pogorszenia.

IV.

Obok szeregu okoliczności, wpływających na pomyślne działanie jodu, zależnych od konstytucji osobniczej, wieku pacjenta, postaci chorobowej i t. p., okoliczności więc, na które lekarz wpływu nie ma, ważną jest sprawą *przygotowawania i rozpoczęcia leczenia* jodem. Przedewszystkiem chodzi tu o to, aby leczenie to rozpoczęło się w warunkach możliwie najlepszych, zwłaszcza zaś pewnego psychicznego uspokojenia pacjenta; w tych warunkach bowiem łatwiej jest przerwać błędne koło przyczyn i skutków, jakie specjalnie w chorobie Basedowa zazębia się pomiędzy objawami nerwowymi — sympatycznymi, a zaburzeniami przemiany. Powtóre, dawki przyjmowanego jodu muszą być stosowane niewielkie, aby w żadnym wypadku nie narazić pacjenta na szwank, wynikający z silnej reakcji jodowej ujemnej, a, tembardziej, nie spowodować objawów nietolerancji lub uczulenia jodowego.

Na zasadzie dotychczasowego doświadczenia, zaleciłbym następujący sposób rozpoczynania kuracji jodowej: a) przynajmniej na 10 dni przed rozpoczęciem podawania jodu pacjentowi muszą być zapewnione — spokój i odpoczynek, i to w stopniu większym, niż miał ewentualnie zalecane dawniej, b) po kilku dniach takiego odpoczynku pacjent otrzymywać zaczyna środki uspakające (np. bromku wapnia 3 razy dziennie po 0,1 do 0,3 na dawkę), Passifloriny i t. p.. Leki te są podawane i dalej, już po rozpoczęciu leczenia jodem w ciągu kilku lub kilkunastu dni, zależnie od potrzeby, jeżeli możliwe jednak, to w dawkach wciąż mniejszych; c) jod w ciągu pierwszych paru dni podawany jest bardzo ostrożnie, aż dopóki objawy dodatniego odczynu jodowego i poprawa samopoczucia nie przekonają nas, że dawka może być podniesiona. W razie odczynu paradoksalnego — jod należy odstawić, niekoniecznie odrazu, natomiast podnieść spowrotem dawkowanie sedativów, i, gdzie można dołączyć do nich chininę, samą lub z fosforem.

Przechodząc do zagadnienia, *jak długo stosowany winien być jod*, stwierdzić musimy odrazu, że odpowiedź na to pytanie nie jest tak prosta, jakby się na pierwszy rzut oka wydawało. Zdawałoby się, że podawanie jodu trwać winno tak długo, dopóki nie spowoduje on wyleczenia. Niestety, tego rodzaju prawidło nie da się stosować w praktyce. Przedewszystkiem, kuracje jodowe, najumiejętniej nawet przeprowadzone, rzadko tylko dają w rezultacie to, co nazwaćby można całkowitem wyleczeniem klinicznem, a nawet, jakeśmy to kilkakrotnie zaznaczyli, nie zawsze dają nawet polepszenie.

Czasami więc występowanie zamiast dodatniego „odczynu jodowego" — zjawisk paradoksalnych, świadczących o pogłębianiu się procesu patologicznego, lub nawet objawów alarmujących, zmusza nas do przerwania leczenia. Będzie to pierwsza grupa przypadków, w której podawanie jodu ograniczy się z konieczności do kilku lub kilkunastu dni. U szeregu innych pacjentów jod nie da żadnego wyraźnego odczynu, albo też spowoduje nikłą i chwilową poprawę, po której zjawi się spowrotem pogorszenie równe, lub nawet nieco intensywniejsze, niż przed zapoczątkowaniem leczenia; o tem możemy się zazwyczaj przekonać w ciągu 2 — 5 tygodni. O wiele rzadszą, — w każdym razie wśród przebadanej przeze mnie grupy pacjentów — jest możliwość ujawnienia się „jodoodporności" przypadku dopiero po dłuższym czasie podawania leku. Wreszcie, będziemy mieli ową grupę najobfitszą, gdy polepszenie, i to wyraźne, postępuje w ciągu kilku tygodni i miesię-

cy, jednakże w końcu zatrzymuje się i do wyleczenia całkowitego nie dochodzi.

W dwóch ostatnich grupach, jak również i w tych pojedyńczych przypadkach, gdy pod wpływem jodu, otrzymuje się całkowite ustąpienie objawów chorobowych, okres stosowania jodu nie będzie jednak również równoznaczny z okresem podawania go od początku do ustalenia się poprawy optymalnej; wejdzie tu bowiem w grę obawa sprowadzenia odczynu pojodowego, przez zbyt nagłe odstawienie jodu; bowiem, nawet i w tych przypadkach odczyn pojodowy może całkowicie zneutralizować otrzymaną poprawę, albo też spowodować objawy burzliwe, przejściowe lub, wreszcie, ustalające się. W rezultacie — podawanie jodu trwać musi dość długo — przynajmniej kilkanaście tygodni.

Dla zobrazowania przeciętnego, najczęstszego czasu trwania podawania jodu w Basedowie, podaję tu tabelkę wykazującą, jak praktycznie przedstawiał się czas trwania kuracyj jodowych u 29 moich pacjentów.

Tabelka 3.

Czas trwania	Ogółem przyp.	Polepszenie	Bez zmiany	Pogorszenie
krócej, niż miesiąc	4	1	2	1
2 — 3 miesięcy	6	2	4	
3 — 4 miesięcy	7	5	2	
4 — 6 miesięcy	8	8		
dłużej niż $^1/_2$ roku	4	4		

Z tabelki tej widzimy, że przewlekłe podawanie jodu ma istotnie charakter metody „przewlekłej“, w większości bowiem przypadków obejmuje kilko lub kilkunasto miesięczne okresy.

Zondek i niektórzy inni badacze niemieccy powodują się naogół zasadą, że podawanie jodu powinno być właściwie postępowo zmniejszane, począwszy już od drugiego tygodnia leczenia; przyczem, w razie wystąpienia pogorszenia, uważają za konieczne podnieść spowrotem dawkę dzienną podawanego jodu. Do sprawy tej powrócę dalej.

Racjonalne *zakończenie kuracji jodowej* ma na celu opanowanie odczynu pojodowego, względnie — osłabienie go do minimum; pozatem jednak, chodzi w niem również o ułatwienie sobie możliwości zarówno przejścia do kuracji innego rodzaju, jak i wznowienia jodu.

W przypadkach najpomyślniejszych, gdy jod doprowadza do wyników równoznacznych z wyleczeniem klinicznem, wystarczy zazwyczaj bardzo powolne zmniejszanie dawek jodu, aż do okresu podawania w ciągu kilku lub kilkunastu dni po ćwierć kropli płynu Lugola dziennie, poczem dawka ta przyjmowana jest co drugi dzień, wreszcie co trzeci i potem dopiero jod odstawiony zupełnie; w ciągu tego czasu (1 — 2 miesięcy „odzwyczajania jodowego“) można się już zorjentować, że odstawienie jodu nie odbije się szkodliwie na ustroju.

Jednakże, i w tej kategorji przypadków zdarza się, że odstawienie jodu lub też pewne zbytnie obniżenie dawki spowoduje pogorszenie.

Tembardziej dotyczy to przypadków cięższych, w których ustalenie optimum działania jodowego było trudniejsze, a otrzymany efekt, jakkolwiek dodatni, daleki był od tego, co nazwać można wyleczeniem.

Rzecz zrozumiała, że lekarz starać się musi o jaknajlepsze warunki zdrowienia dla chorego w tym okresie, że więc, podobnie, jak w początkach kuracji, zabronić winien, niezależnie nawet od stosunkowo dobrego stanu ogólnego i samopoczucia, wszelkich znaczniejszych wysiłków; pacjent zajmujący się już pracą zawodową, na ten przejściowy okres postarać się powinien o urlop, lub nawet przebywać część dnia w łóżku.

To wszystko nie gwarantuje jeszcze opanowania odczynu pojodowego. Dlatego też w większości przypadków przejść trzeba do metod leczniczych następczych (Nachkur — niemieckich autorów), dodatkowych lub uzupełniających. Jaką z metod należy tu zastosować?

Stwierdzić przedewszystkiem trzeba, że, o ile w ostatnim okresie leczenia jodem były podawane choremu i inne leki, zwłaszcza uspakające lub chinina, to w żadnym wypadku nie należy przerywać ordynowania ich równocześnie z odstawieniem jodu. Przeciwnie — należy dawki ich przejściowo podnieść.

Jednakowoż, jak się zdołałem przekonać, najpewniejszym sposobem uniknięcia odczynu pojodowego jest powolne zastąpienie odstawionego jodu przez inny halogen. (chlorowiec). Z halogenów tych stosunkowo nikłe efekty daje w tym okresie brom, jakkolwiek czasami jest zupełnie wystarczający (dawki 0,05 do 0,1 na dawkę), natomiast znaczne usługi oddać może fluor, podawany do wewnątrz, zgodnie z metodą profesora *Orłowskiego*, jednakże w dawkach o wiele mniejszych.

Praktycznie, ta metoda odzwyczajania od jodu przeprowadzana jest przezemnie w następujący sposób: z chwilą, gdy w trakcie obniżania podawanych dawek jodu dochodzę do połowy dawki optymalnej, rozpoczynam równoczesne podawanie fluoru w postaci dwóch do trzech kropel 2% roztworu dziennie i powiększam tę dawkę równocześnie z obniżaniem dawki jodu. Po całkowitem odstawieniu jodu podaję fluor jeszcze przez czas jakiś (2 do 3-ch tygodni), na zakończenie zaś przepisuję chininę i środki wzmacniające, zwłaszcza fosfor dowewnątrz (najchętniej w postaci syropu hypofosfitowego lub jako zastrzyk np. inj. Phosphacidi dwa razy w tygodniu).

Niektórzy autorzy niemieccy i amerykańscy, którzy również odstawiają jod stopniowo, podkreślają, że w wielu przypadkach trzeba wracać do wyższych dawek ze względu na zjawiające się pogorszeia. Postępując według streszczonego tu planu, z koniecznością tą nie zetknąłem się ani razu.

Dla zilustrowania całokształtu tego leczenia przytoczę tu jeden z leczonych przypadków choroby Basedowa typowej:

L. K., lat 24 przy mężu; chora jest od dwóch lat, przyczem początkowo objawy ograniczały się niemal wyłącznie do nadpobudliwości nerwowej i psychicznej, a dopiero po roku wystąpił typowy zespół objawów choroby Basedowa. Obecnie uskarża się najwięcej na kołatanie serca, łatwość męczenia się, okresy podniecenia lub nie dającego się opanować płaczu, napady potów, bezsenność.

Wywiady rodzinne — bez znaczenia. W 15 — 16 roku życia — sprawa szczytowa z długimi okresami ciepłoty podgorączkowej; obecnie wygasła.

Stan obecny przedstawia się, jak następuje: wzrost 164, waga 53. Gruczoł tarczykowy znacznie symetrycznie powiększony, najwidoczniej w płatach bocznych, konsystencji elastycznej, równomiernej. Wytrzeszcz miernego stopnia, obustronnie równy, gałki oczne błyszczące; objaw Möbiusa i Graefego. Tętno w spokoju równa się 108, przy najmniejszym wysiłku (jednorazowe schylenie się) dochodzi do 130 i wyżej. Od czasu do czasu wypadanie tętna na obwodzie. Serce nieco rozszerzone w obie strony. Parcie krwi równa się 160/105, największe wychylenie wg. Pachon'a 7 i ½ (na ramieniu). Wybitne drżenie palców rąk. Skóra gorąca, zwłaszcza na dłoniach, w chwili badania wybitnie sucha. Ciepłota równa się 37.1.

Przemiana spoczynkowa + 47%. Urobilina i urobilinogen w moczu.

Pacjentka leczona była dotychczas klimatycznie, galwanizacjami gruczołu i farmakologicznie: głównie środkami uspakającemi, arszenikiem, fosforem i antityreoidyną; wyraźniejszych, dłuższych okresów poprawy nie było.

Leczenie rozpocząłem od tego, że, zalecając większy spokój i odpoczynek, podawałem przez kilka dni mieszankę bromowo-adonisową, poczem przystąpiłem do podawania jodu w ilości dwóch kropel 1% roztworu Lugola dziennie. Po pięciu dniach tego leczenia, chora stwierdziła wyraźną poprawę subjektywną, dotyczącą zwłaszcza snu i objawów psychicznych, której to poprawie towarzyszyły zmiany w tętnie, które w spokoju wynosiło 90 i nie tak szybko i wysoko wzrastało przy wysiłku, oraz zmiany w parciu krwi, wynoszącem wtedy 145/90. Od szóstego dnia leczenia począwszy chora otrzymywała w przeciągu pięciu tygodni 3 razy dziennie po 2 krople roztworu Lugola, reagując w dalszym ciągu na to pomyślnie; równocześnie dokonywane były co drugi dzień wstrzykiwania arseno - fosforowo - strychninowe. Ponieważ dalsza poprawa przy podawaniu jodu w tej ilości i postaci nie występowała, przeszedłem tytułem próby na podawanie Jodivalu w ilości 0,02 dziennie (= 0,004 J.). Polepszenie zaznaczać zaczęło się znowu, przyczem próby zmniejszenia dawki jodu powodowały wyraźne subjektywne pogorszenia. Po miesiącu przyjmowania Jodivalu stwierdzało się u pacjentki: stan subjektywny o wiele lepszy; pacjentka, mimo zakazów, chodzi dość dużo i z łatwością, grywa na fortepianie, pisze; okresy podniecenia lub przygnębienia zdarzają się o wiele rzadziej i są słabsze; sen bardzo dobry. Ciepłota ostatnio nie przenosi 36.8, waga 56 kg. wole nie zmniejszyło się, nabyło jednak jakgdyby bardziej chrząstkowej konsystencji, a szmery naczyniowe wysłuchują się na niem słabiej; wytrzeszcz mniejszy, jako też i blask oczu. Przemiana Spoczynkowa + 20%.

Uznając tę poprawę za optymalną, przystąpiłem do odzwyczajania chorej od jodu przy równoczesnem podawaniu fluoru i chininy, a mianowicie: w ciągu 5 dni pacjentka otrzymywała obok zwykłej dawki Jodivalu po 5 kropel dziennie 2% roztworu Natr. fluor. oraz po 0,1 chininy. Następne 5 dni otrzymywała fluoru o 2 krople dziennie więcej, natomiast zamiast Jodivalu — roztwór Lugola 3 razy dziennie po 2 krople; w ciągu trzeciej pięciodniówki ilość kropli Lugola obniżyła się, a fluoru podniosła o 1 kroplę i w ten sposób w ciągu 40 dni mogłem całkowicie odstawić jod, bez spowodowania jakiejkolwiek zmiany w stanie chorej. Fluor i chininę podawałem jeszcze w ciągu trzech tygodni, naprzód w dawkach wzrastających, potem — opadających. Poprawa, otrzymana u tej pacjentki jest trwała, a nawet stwierdzić się daje obecnie — w 4 miesiące po ukończonej kuracji, dalsze polepszenie w odnie-

sieniu do wagi, pobudliwości nerwowej, tętna i, co najważniejsze, zdolności do pracy.

Przypadek powyższy zacytowałem ze względu na to, że stanowił on przeciętne nasilenie choroby, wymagał przeciętnego czasu leczenia i dał stosunkowo dobry, jakkolwiek nie najlepszy, efekt trwały.

Aby zilustrować otrzymane przeze mnie efekty wpływania leczenia jodowego w odniesieniu do najważniejszych objawów, liczbowo wymiernych, przytoczę jeszcze następujące zestawienie:

Optymalna poprawa w tętnie przedstawiała się: spadek ze 128 na 80 na 1'.

Optymalna poprawa w P. S. przedstawiała się: spadek z + 61% na 6% (w ciągu 11 miesięcy).

Optymalna poprawa w parciu krwi: 170/80 na 130/100 (amplituda nieco mała, dowodząca osłabienia mięśnia).

Pozatem, wbrew autorom amerykańskim i francuskim, stwierdzić muszę, że polepszenie przy leczeniu jodem obejmowało w niektórych powyższych przypadkach również i zmniejszenie się wytrzeszczu (w 5 przypadkach na 29 leczonych — zmniejszenie bardzo wyraźne). Natomiast, zmniejszenie się wola w trakcie leczenia jodowego stwierdziłem tylko raz jeden; w początkach kuracji tarczyca, przeciwnie, jakgdyby pęczniała lub twardniała, co pozostaje w zgodzie z koncepcjami, przypuszczającemi gromadzenie się wydzieliny hormonolnej w gruczole pod wpływem podawanego jodu. W kilku przypadkach jednakże, po ukończonej kuracji jodowej tarczyca wykazywała tendencję do zmniejszenia się.

V.

Zagadnienie *podawania jodu równocześnie lub w kombinacji z innymi środkami* i metodami leczniczemi sprowadza się do rozświetlenia trzech spraw: 1) t. zw. „incontabiliów" farmakopeicznych i farmakodynamicznych; 2) zestawień, niepożądanych ze względu na swe skutki w odniesieniu do cierpień basedowoidalnych i ich leczenia, i 3) leczenia dopełniającego się oraz „potęgującego" swój wpływ farmakodynamiczny przez rñwnoczesne działanie na rozmaite ogniwa procesu patologicznego.

Co się tyczy pierwszej kategorji — leków, nie znoszących się, przypomnijmy, że w stosunku do jodu będą to: alkaloidy, wodan chloralu, leki, zawierające amoniak i skrobię; z tych, praktycznie wchodzi w grę jedynie wodan chloralu, używany przez niektórych lekarzy w celu uspokojenia basedowika, a poniekąd i obniżenia P. S.

Jeżeli chodzi natomiast o leki niezgadzające się z jodem ze względu na efekt farmakodynamiczny, to powszechnie panujące zdanie, jakoby jod nie zgadzał się z naparstnicą, nie stwierdza się w omawianem przez nas leczeniu. Przeciwnie — mogłem kilkakrotnie się przekonać, że w przebiegu podawania jodu, szczególnie zaś w tych wypadkach, gdy jod okazuje działanie pomyślne, równoczesne podawanie niewielkich dawek naparstnicy wyraźnie przyśpiesza opanowanie takich objawów, jak np. częstoskurcz stały lub napadowy, łatwość zmęczenia wysiłkowego i t. d. Ponieważ serce Basedowika, mniej zaś „czystego" hypertyreotyka, jest niewrażliwe pozatem na naparstnicę (w dawkach małych i średnich, podczas gdy dawki duże wywołują w niem łatwo znaczne zaburzenia w dromotropiźmie), przeto poczynione przez siebie obserwacje uznać muszę, jako potwierdzające pogląd *Jagic'a*, że jod u basedowików uczula serce na naparstnicę.

Oprócz naparstnicy, podaję podczas leczenia jodowego chętnie również przetwory Miłka (Adonis Vernalis) i konwalji.

Lecznictwem, sprzecznem z jodem wydaje się już teoretycznie równoczesne podawanie Antityreoidyny lub substancyj podobnych; nie wchodząc tutaj w mechanizm działania tych środków, których wpływ dodatni-przejściowy—stwierdza się bezwątpienia w szeregu przypadków, zdać sobie należy sprawę, że równoczesne podawanie ich z jodem powoduje zmiany, trudne do przewidzenia i niepotrzebnie tylko gmatwa przebieg kuracji. Sprzecznem również z kuracją jodową ma być i leczenie krwią bydlęcą, zwykłą i odwłóknioną *(Bier)*.

Ze swej strony podkreślić muszę niklejsze wyniki leczenia jodowego u pacjentów, którzy dopieroco przebyli leczenie naświetlaniami rentgenowskiemi. Pozostaje to w sprzeczności z koncepcją *Csepai'a*, który szereg przypadków leczył w sposób kombinowany: jod — rentgen, przyczem jednak jod był fazą przygotowawczą do aktynoterapji, a nie przeciwnie.

Z metod i środków synergetycznych z jodem, podkreślić przedewszystkiem nale-

ży równoczesne podawanie chininy (*Brahm, Leguey, Jagic*); chininę w dawkach średnich, w postaci bądź Chinini mur., Chinini Valer., lub też jako Chininophytinę, podaję chętnie zwłaszcza tam, gdzie objawy sercowe, w pierwszym rzędzie zaś niemiarowości pochodzenia bathmotropowego nie ustępują pod wpływem samego jodu. Ale i w kilku innych przypadkach widziałem dodatnie działanie chininy i jakgdyby „przyspieszanie" przez nią optymalnego odczynu jodowego. O współdziałaniu z jodem mówiłem już poprzednio, łącznie ze sprawą odzwyczajenia od jodu. Pozatem w trzech przypadkach próbowałem wzmagać działanie jodu, którego przepisanych dawek nie chciałem już przekraczać, przez równoczesne podawanie kilku kropel roztworu fluorku sodu — z wynikami zachęcającemi; złą stroną tej kombinacji wydaje się brak apetytu, jaki wystąpił we wszystkich trzech przypadkach.

Wreszcie, leczenie jodowe dopełnia się doskonale z leczeniem wapniowem, i to zarówno, jeżeli je poprzedza, jak i gdy następuje po niem.

Jest rzeczą samo przez się zrozumiałą, że podczas leczenia jodowego pożądana jest odpowiednia dieta — beztryptofanowa i „alkalizująca" (wg. *Bansi*). Nie chodzi tu jednak o jakieś działanie synergetyczne lub potęgujące się, ile raczej o postawienie basedowika w warunki odżywiania, najbardziej sprzyjające opanowaniu mechanizmu chorobowego.

Co do inych metod i leków, mogących współdziałać z jodem ,żadnych odpowiednich prób sam nie prowadziłem, jak również i w piśmiennictwie opisu ich nie znalazłem.

Sprawa *powtarzania okresów leczenia jodowego* o tyle jest praktycznie ważna, że, jak widzieliśmy, w większości przypadków nie dochodzi pod wpływem pojedyńczej kuracji do zupełnego wyleczenia, a jedynie do trwalszej lub mniej trwałej poprawy. Sprawy tej nie mogłem rozstrzygnąć na swym, dość skąpym, materjale kazuistycznym. Próby powtórnego podawania jodu, czy to ze względu na nowe pogorszenie, czy też niedostatecznie wyraźną poprawę, podejmowałem, zawsze na wyraźne życzenie pacjenta, w czterech przypadkach. Z tych — w jednym otrzymałem istotnie, i to dość szybko wyraźną i trwalszą poprawę, w dwuch przypadkach poprawa była efemeryczna i ostateczny efekt zakwalifikować raczej by należało do wyników zerowych; w jednym przypadku, który przy pierwszej kuracji poprawił się nieznacznie, wystąpiło podczas próby jej powtórzenia wyraźne pogorszenie, robiące wrażenie prawdziwego uczulenia jodowego, gdyż objawy przykre zjawiały się tu tylko bezpośrednio po podaniu jodu i wraz z odstawieniem go ustąpiły.

Czy zagadnienie możliwości powtarzania leczenia jodowego nie rozwiąże się w ramach racjonalnego podziału nozologicznego cierpień basedowoidalnych? albo też zbadania w tych stanach „allergji" jodowej — pozostaje do rozwiązania.

Terapja jodowa wymaga, jak widzimy, nietylko bezpośredniego, teoretycznego uzasadnienia (gdyż dotychczasowe próby wyjaśnienia jej skuteczności uznane być muszą jako niezadawalające), ale i rozwiązania wielu kwestyj, dotyczących fizjologji i patologji tarczycy, gospodarki jodowej ustroju i zjawisk uczulenia. Z drugiej strony jednak, leczenie to — samo przyczyniło się do rozwiązania wielu zagadnień teoretycznych i dało materjał dowodowy dla wielu koncepcyj, płodnych już dzisiaj.

Większa jednak znacznie jest jego wartość praktyczna, jako metody, dającej duży odsetek poprawy w cierpieniach, które są dość odporne względem innych sposobów leczniczego opanowywania.

Zondek wyraził się m. in., „że leczenie jodem cierpień basedowoidalnych jest sztuką, która musi się liczyć z indywidualnością". Tak jest! leczenie jodem jest sztuką i to sztuką niełatwą. Sztukę tę jednak lekarz współczesny bezwzględnie posiąść powinien, gdyż pomaga mu ona w zadaniu najważniejszem — przynoszeniu ulgi cierpiącym!

PIŚMIENNICTWO:

Abelin i Parhon — Klin. Wochenschr. 1932—6. *Balint* — Polsk. Gaz. Lek. 1927 — 47. *Bier* — Med. Welt. 1932. *Boothby* — Endocrinologie 1929 — 3. *Brahm* — Exophtalmic Goiter—Clin. med. a. surg. 1928. *Brahm* — Quinine and jodine in E. G. — Endocrinology 1932. str. 27. *Cole* T. use of Lugols jodine i. E. G. — Lancet 1927 — 17. *Dautrebande* Physiologie de la Thyroide 1931. *Elmer i Ptaszek* — P. Gaz. Lek. 1928. *Faber*. — Ungerst. Laeg str. 1193 — 1931 (ref) *Glass* O fizjopatologji ch. Basedowa — W. Czas. Lek. 1931 *Goldemberg* Presse med. 1930. I. str. 1751. *Higier*. — Wiedza Lek. 1931, str. 141.

Holst, Lunde etc. — Ueb. d. in. Jodstoffwechsel — Klin. Wschr. 1928. *Holst* — Norsk. Mag. Leg. 1931 (ref). *Hymann i Kessel* Studies of E. G. 1933. *Koelichen* — Patogeneza hipertyreoz. — P. Arch. Med. Wewn. 1931 str. 565. *Labbe* — Ann. de med. 1929. *Maciag.* Klinika i leczenie hipertyreoz. — P. Arch. Med. Wewn. 1931 str. 581 *Landau* — Istota i leczenie chor. tarczycy. —Polska Gaz. Lek. 1934. — 50. *Means.* — Ann. int. Med. 1930. str. 117. *Merke* — Bruns Beitr. 1927 — 3. *Orłowski* — Polsk. Arch. Med. Wewn. 1930. *Oswald.* — Jodtherapie u. Jodbasedow Schweiz. med. Woch. 1932. II str. 985. *Petren* — Jodine and M. B. — Endocr. 1927. I. *Schneider.* — Arch. klin. Chir. 1931. *Redisch i Hernheiser.* — Med. Klinik. 1929. str. 1814. *Starr T.* courses of. hyperthyroidism. — Arch. of. int. Med. 1927 — 4. *Thompson, Bralley i Thorp.* T. range of effect. jod. dos. — Arch. int. Med. 1930 str. 291 i 330. *Thompson i Thompson.* — Arch. int. Med. 1931 str. 351. *Zondek.* Jodbehandl. d. M. B. — Klin. Woch. 1930. I. str. 637



STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Sole złota. (Les sels d'or). F o r e s t i e r et C e r t o c i n y.

Paris Médical, Nr. 25, 1935.

Najważniejszemi przetworami złota, mającemi znaczenie w lecznictwie są:

1) Sole mineralne. Najbardziej znane i najstarsze połączenie jest podwójny tiosiarczan złota i sodu — sanocrisina, we Francji crisalbina.

2) przetwory złoto-cukrowe z których najbardziej znane jest złotothioglukoza — zwana Solganalem B.

3) pochodne thiopropanolu w połączeniu z sodem — allochrysina w zawiesinie z oliwy zwana oleochrysina. Myoral jest podobnem połączeniem z wapniem. Sanocrisina i crisalbina rozpuszczają się w wodzie, ale mogą być stosowane tylko dożylnie z powodu bólów jakie wywołują przy wstrzyknięciu domięśniowem. Solganal w postaci drobniutko rozproszkowanej tworzy zawiesinę w oliwie, w tejże zawiesinie wstrzykiwać można także sanocrisinę i allochrysinę. Zawiesiny złota wsysają się bardzo szybko, gdyż naokoło wstrzykniętej oliwy zbierają się leukocyty, cząsteczki złota dostają się szybko do obwodu i zostają wchłonięte. To też w kilka godzin po wstrzyknięciu takiej zawiesiny śwince morskiej znajduje się w miejscu wstrzyknięcia tylko kropelki oliwy pozbawione złota.

We wszystkich tych przetworach złoto jest połączone z siarką. Działa ono zabójczo na zarazki, ale tylko w pewnych stężeniach i przy określonej liczbie zarazków. Doświadczenia na zwierzętach, wykonane z sanokryzyną wykazały, że zwierzę chore na gruźlicę toleruje mniejsze dawki złota, niż zwierzę zdrowe. Przy zakażeniu nieznacznem sanokryzyna prowadzi do zupełnego wyleczenia, wyniki są niestałe przy zakażeniach cięższych; przy ciężkich zakażeniach wynik jest tem lepszy im większe były dawki złota im wcześniej rozpoczęto leczenie. Serję wstrzykiwań złota należy powtarzać, gdyż wyniki leczenia są niestałe. Solganal i solganal B mają działanie dodanie nietylko na gruźlicę ale i na inne zakażenia, szczególnie jednak na przewlekłe. Ich działanie trujące jest bardzo słabe szczególnie solganalu B, przyczem działanie lecznicze występuje w dawkach bardzo małych. Przypuszczalnie dlatego, że złoto nie działa bezpośrednio na zarazki, ale że wpływa katalitycznie na układ siateczkowo śródbłonkowy, na tkankę łączną, produkującą przeciwciała, wywołując tą drogą wzmożone obronne odczyny komórkowe. Dlatego prawdopodobnie stosowanie złota w początku zakażenia nie daje wielkiego wyniku, który występuje w sprawach przewlekłych, gdy już rozpoczęła się produkcja przeciwciał. Tylko część złota zatrzymuje się w ustroju, reszta zostaje wydalona. Złoto zostaje zatrzymywane przez wszystkie narządy, w największej ilości jednak w nerkach, wątrobie i śledzionie przyczem pierwsze zatrzymują złoto nerki, później wątroba, jeszcze później śledziona. Ustrój chory zatrzymuje więcej złota od zdrowego, ostatni zatrzymuje tylko 35%, pierwszy 60% złota.

Wydzielanie złota zaczyna się bardzo szybko w kilka minut po wstrzyknięciu, przyczem z moczem wydziela się 75 — 85%, a reszta z kałem. Wydzielanie drogą kału zdaje się być obfitsze przy stosowaniu zawiesin w oliwie.

Po leczeniu złotem wzmagają się zdolności bakterjobójcze płynów ustrojowych, surowicy, płynu z opłucnej i moczu.

Powikłania przy leczeniu złotem mogą być różne. Objawy skórne polegają na wystąpieniu swędzenia, czasami pokrzywki, wreszcie rumienia, który może przybierać różne postacie, nieraz poważniejszej natury. Autorzy nigdy nie widzieli osadzania się złota w skórze przy dawkach przez nich stosowanych, natomiast mieli sposobność spostrzegania chorych u których przy długim stosowaniu złota skóra przybrała odcień metaliczny lekko fioletowy, bez żadnych zresztą innych zaburzeń. Ze strony błon śluzowych występuje często posmak metaliczny w ustach, czasami ubytki na błonie śluzowej jamy ustnej, pradzwiwa stomatitis w przypadkach cięższych, łącząca się nieraz z objawami zapalenia okrężnicy. Objawy oczne występują jako zapalenie spojówki, czasami dołączają się do tego drobne owrzodzenia rogówki, gojące się zresztą szybko. Powikłania ze strony nerek, występujące tylko w postaci lekkiego białkomoczu bez wałeczków nie są przeciwwskazaniem do leczenia złotem, jeżeli nie powiększają się pod wpływem dalszych wstrzykiwań i jeżeli czynność nerek nie jest upośledzona. Powikłania ze strony wątroby, żółtaczki, świadczące o uszkodzeniu miąższu wątrobowego, są rzadkie. Częsta jest urobilinuria. Czasami brak apetytu, zły smak w ustach świadczą o zaburzeniach wątroby, które można uprzedzić, stosując równocześnie ze złotem wyciągi wątroby. Leczenie złotem wywiera wpływ na morfologiczny skład krwi. Wyraża się on szczególnie podwyższeniem liczby ciałek kwasochłonnych co powyżej 6 — 8%, ma oznaczać złą tolerancję w stosunku do złota. Autorzy przypisują znaczenie temu objawowi tylko wtedy, gdy w ciągu wstrzykiwań złota odsetek ciałek kwasochłonnych się podnosi, natomiast wysoki lecz stały ich poziom nie jest wskazaniem do przerwania wstrzykiwań. Znacznie poważniejszym objawem jest agranulocytoza, którą można podejrzewać gdy w czasie leczenia występują objawy znużenia i osłabienia. Agranulocytoza bywa też istotną przyczyną zakaźnych powikłań u tych chorych. Leczenie złotem, szczególnie dłuższe, powinno się więc odbywać pod stałą, przynajmniej miesięczną kontrolą białych ciałek krwi. Rzadko, ale w bardzo poważnej postaci występują objawy skazy krwotocznej. Złoto jest z tego powodu przeciwwskazane u jednostek, które miały objawy skaz krwotocznych. Badanie

krzepliwości i czasu krwawienia przed rozpoczęciem leczenia jest z tego względu wskazane. Ze strony dróg oddechowych występują czasami powikłania w postaci kataru nosa i nieżytów oskrzeli.

Autorzy uważają, że niektóre objawy, występujące w początku lub w przebiegu leczenia złotem jak swędzenie ciała, pokrzywki, katary błon śluzowych są pochodzenia uczuleniowego, ustępują one łatwo przy zastosowaniu leczenia przeciwwstrząsowego, nie są one także przeciwwskazaniem do dalszego stosowania złota. Allochrysina, crisalbina i sanocrisina wywołują te objawy łatwiej, niż solganal B, który powoduje raczej powikłania ze strony nerek i krwi, powikłania wprawdzie rzadsze, ale o poważniejszym przebiegu.

Większość powikłań ma jednak raczej charakter nietolerancji, jest niezależna od wielkości dawek, a zależną więcej od właściwości jednostki, niż od dawki i rodzaju środka. Ta nietolerancja zresztą ma charakter zmienny, może się pogarszać i poprawiać, zależy ona prawdopodobnie od pewnej niewydolności wątroby, gdyż wstrzykiwania większych dawek wyciągu wątroby zwalczają ją najszybciej i najistotniej.

Najrzadsze są objawy prawdziwego zatrucia, które mają zwykle charakter poważny. Występuje wtedy agranulocytoza, objawy skazy krwotocznej, białkomocz, wałeczki, powiększenie ciał azotowych we krwi.

Aby uniknąć tych powikłań nie należy przekraczać pewnych dawek złota i nie wstrzykiwać zbyt często. Wstrzykując allochrysinę nie powinno się przekraczać dawki 0.10 co 5 — 7 dni, czyli dawka dzienna wynosi 0.015 — 0.02. Przy większych dawkach otrzymuje się powikłania u 30 — 40% chorych. Dawki te można nieco powiększyć dla solganaluB (0.06 — 0.08 pro die) sanocrisina, crisalbina, myochrisina, myoral nie powinny przekraczać 0.03 dziennie. Większe dawki, a także stosowane częściej, niż raz na 5 — 7 dni nie poprawiają sprawy chorobowej, a wywołują powikłania i uczulają chorych, co szczególnie jest niekorzystne w cierpieniach przewlekłych, w których się złoto stosuje, gdyż chorzy, u których wystąpiły powikłania cięższe naogół dalszego leczenia złotem już nie znoszą.

W przeciwieństwie do tego co myślał Molgard złoto nie jest specyficznym leczniczym środkiem gruźlicy, jest ono czynne w różnych przewlekłych cierpieniach zakaźnych, nie mających nic wspólnego z gruźlicą, w zakażeniach paciorkowcami, kile, etc., a prawdopodobnie także w różnych nieznanego pochodzenia zakażeniach. W cierpieniach reumatycznych działanie jest szczególnie dodatnie w przebiegu gośćca pierwotnie przewlekłego, nie zależnie od tego czy zajmuje on wiele stawów, czy tylko jest jednostawowy. Złoto działa jednak równie korzystnie i w sprawach stawowych zapalnych znanego pochodzenia np. na tle rzężączki. Złoto działa szczególnie w tych chorobach zakaźnych, w których zarazek znany czy nieznany spowodował zapalne wysiękowe zmiany układu tkanki łącznej, działanie jego jest już mniej wyraźne gdy na miejscu wysięku wytwarza się blizna, ale czasami w sprawach starych obok blizny są jeszcze ogniska świeże i wtedy złoto ma także wpływ korzystny. Tem się tłomaczą poprawy, występujące po złocie czasami w przebiegu starych gruźlic i przewlekłych postaci gośćca. W tych wszystkich przypadkach opadanie krwinek bywa bardzo wyraźnie przyspieszone i występuje wyraźne skłaczanie z resorcyną. Połączenie obu tych odczynów w przebiegu gośćca ma być według autorów wskazaniem do stosowania złota. W przebiegu ostrego gośćca złoto może być wskazane tylko wtedy, gdy zawodzi salicylan sodu i gdy sprawa, przewlekając się osadza się w poszczególnych stawach, wywołując w nich zesztywnienia i wysięki.

Aby otrzymać i podtrzymać efekt leczenia powinno się leczenie złotem stosować krótszemi lub dłuższemi serjami przez czas dłuższy, miesiącami i latami. Wstrzykiwania robi się raz lub dwa razy tygodniowo jednak tak by nie przekroczyć dawki dziennej, określonej powyżej dla pojedyńczych przetworów złota. Przerwy między poszczególnemi serjami nie powinny przekraczać 6 — 8 tygodni. Przy krótszych przerwach może nastąpić nagromadzenie złota, przy przerwie dłuższej powikłania zasadniczego cierpienia. Wyniki badania klinicznego chorych, a także zachowanie się opadania krwinek i próba skłaczania są wskaźnikami działania leczniczego złota. Sole złota, odpowiednio zastosowane w przebiegu cierpień przewlekłych pochodzenia zakaźnego natury zapalnej, wzbogacają arsenał znanych środków leczniczych.

Gruczoły dokrewne i stałe nadciśnienie tętnicze. (Hypertension arterielle permanente et glandes endocrines). H a l b r o n e t K l o t z.

Presse Médicale. Nr. 46. 1935.

Zaburzenia różnych gruczołów dokrewnych (tarczycy, jajników, nadnerczy a także przysadki mógowej) przytaczane są jako przyczyny nadciśnienia tętniczego. Istnieje jednak pewna sprzeczność pomiędzy spostrzeżeniami fizjologów, wskazujące na genezę dokrewną nadciśnienia, a faktami klinicznemi. Nadciśnienie na tle zaburzeń czynności nadnerczy stwierdza się głównie w przypadkach guzów tego narządu, nadciśnienie w przebiegu nadczynności tarczycy jest lekkie i nie wiadomo czy zależy tylko od nadczynności tarczycy, jedynie nadciśnienie w okresie przekwitania występuje na tle wypadnięcia czynności jajników, jak świadczą o tem przypadki nadciśnienia u młodych kobiet po wytrzebieniu chirurgicznem. Duże prawdopodobieństwa ma teorja przysadkowego pochodzenia nadciśnienia. Przemawia za nią nadciśnienie po wstrzyknięciach wyciągów przysadki, nadciśnienie towarzyszące jej gruczolakowi zasadochłonnemu, wreszcie występowanie podciśnienia w stanach charłacznych, w których przysadka uległa zniszczeniu. Ponieważ przysadka wydziela hormon, wywołujący przerost kory nadnerczy, wpływ tego hormonu działa prawdopodobnie równocześnie na powiększenie podstawowej przemiany materji. powiększenie poziomu cukru i także i nadciśnienie tętnicze.

Autorzy u licznych chorych z nadciśnieniem tętniczem doszukiwali się nawet drobnych zaburzeń w czynnościach gruczołów dokrewnych. Z pośród tych chorych przytaczają tylko spostrzeżenia u 19 osób. Z pośród nich u 5 chorych nie można się było dopatrzeć żadnych zmian w czynnościach gruczołów dokrewnych, u pozostałych najczęstsze zmiany występowały u kobiet w okresie przekwitania. Badania interferometryczne

wykazały głównie zaburzenia czynności nadnerczy. Wartość rozpoznawczą wobec tych niewielkich wyników badania klinicznego posiadają głównie następstwa postępowania leczniczego. Poprawa po naświetleniu przysadki, wskazuje równocześnie na siedlisko cierpienia.

Warunki fizjologiczne odczynu Schick'a. (Le conditionnement physiologique de la réaction de Schick). Jean Gautrelet et Maurice Gautrelet.

Presse Médicale. Nr. 48. 1935.

Stopień odczynu Schick'a zależy od stanu pobudliwości układu wegatywnego. U świnek morskich w warunkach prawidłowych występuje odczyn Schick'a po 48 godzinach: jest on zwolniony i słabszy u tych świnek, które otrzymały wstrzyknięcie sparteiny, atropina nie wywiera żadnego wpływu, acetylcholina zwalnia i osłabia odczyn. Histamina, zmniejszająca napięcie naczyń włosowatych, przyśpiesza wystąpienie odczynu Schick'a, odczyn jest silniejszy i trwa dłużej, pituitrina działa w sposób odwrotny. Z tych doświadczeń wynika, że ciała działające na naczynia włosowate mają większy wpływ na odczyn Schick'a, niż ciała, działające na układ wegetatywny. Toksyna błonicza sama przez się wywołuje również rozszerzenie naczyń włosowatych, zostało to stwierdzone przez autorów w doświadczeniach na żabach. W tych samych doświadczeniach udało się autorom wykazać, że pituitrina przeciwdziała rozszerzaniu naczyń wywołanemu przez toksynę błoniczą. Toksyna błonicza rozszerzała także nieco naczynia włosowate poddane poprzednio działaniu histaminy. Odczyn Schick'a pozostaje więc w dużej zależności od napięcia układu nerwowo-wegetatywnego i od napięcia naczyń włosowatych.

Czynniki odporności w gruźlicy. (Les facteurs de l'immunité dans la tuberculose). Metalnikow.

Presse Médicale. Nr. 23. 1935.

U większości ludzi, dotkniętych gruźlicą, choroba przechodzi niepostrzeżenie, gdyż ustrój jest uzbrojony do walki, z której najczęściej wychodzi zwycięsko. W gruncie rzeczy gruźlica należy do chorób łatwo uleczalnych, szczególnie jeżeli się weźmie pod uwagę, że prawie wszyscy ją kiedyś przebywają. Dokładna znajomość przyczyn, które znieczulają lub uodparniają ustrój w stosunku do gruźlicy posiada praktyczne i teoretyczne znaczenie. Trudność zwalczania laseczników Kocha polega na tem, że posiadają one otoczkę z ciała tłuszczowego podobnego do wosku, niezmiernie odporną. Odporność ta jest przyczyną ogromnego szerzenia się gruźlicy, gdyż wszystkie ciała chemiczne, które zdolneby były rozpuścić otoczkę laseczników, są równocześnie szkodliwe dla ustroju ludzkiego. Starano się więc znaleźć ciało, które mogąc rozpuścić torebkę woskową laseczników pozostałoby równocześnie nieszkodliwem dla ustroju. Miecznikow miał myśl, że ciała takie powiny się znajdować w ustroju owadów, odżywiających się woskiem, a więc mogących go trawić. Wychodząc z tego samego założenia zaczął autor badać larwy Galleria mellonella, które żyją w ulach pszczelich i odżywiają się woskiem; a bez niego nie mogą istnieć nawet mając inny pokarm. Autor stwierdził, że larwy te wykazują nadzwyczajną odporność w stosunku do laseczników Kocha. Wprowadzenie ogromnych ilości laseczników bo 1 — 1,5 mg. do ustroju tych larw jest nieszkodliwe, podczas gdy 1/200.000 mg. jest śmiertelne dla świnki morskiej. Wprowadzone laseczniki zostają bardzo szybko wchłonięte przez fagocyty, tracą swe zdolnośći barwienia się fuksyną, pęcznieją i zamieniają się w brunatny barwik. Krew larw posiada nadto zdolności rozpuszczania laseczników ludzkich; pęcznieją one i zamieniają się one w grudki. Dalsze badania wykazały, że krew ta zawiera fermenty lipolityczne, posiadające właściwość rozpuszczania wosku pszczelnego i wosku laseczników Kocha.

U chorych gruźliczych ilość lipazy zmniejsza się nieraz bardzo w stosunku do czasu trwania i nasilenia choroby, w narządach chorych gruźliczych jest ona również zmniejszona o połowę, natomiast powiększa się pod wpływem odżywiania bogatego w tłuszcze. Lipaza odgrywa poważną rolę w obronie miejscowej przeciwko zakażeniu gruźliczemu. Wśród białych ciałek krwi największe ilości lipazy zawierają ciałka jednojądrzaste szczególnie limfocyty. Zdolności lipolityczne posiadają także płuca, jednakże płuca chorych gruźliczych zatracają w znacznej mierze te zdolności. Ostatnie badania wykazały obecność dwóch rodzajów fermentów lipolitycznych: lipazy niespecyficznej rozpuszczaącej tłuszcze i oliwę, oraz lipazy specyficznej, która rozpuszcza emulsje tłuszczowe, otrzymane z wyciągów laseczników Kocha. Surowica zwierząt zdrowych zawiera tylko lipazę niespecyficzną, zwierzęta zakażone i ludzie chorzy posiadają lipazę specyficzną. Działaniem lipazy można sobie prawdopodobnie wytłumaczyć zakorzeniony pogląd, że tłuszcze są korzystnym produktem odżywczym dla chorych gruźliczych, gdyż wzmacniają one prawdopodobnie energję lipolityczną. W istocie swej proces rozpuszczania i trawienia laseczników jest u człowieka taki sam, jak u opisanych larw. U człowieka jedynie niszczenie laseczników odbywa się powolniej, trwa latami, a u larw postępuje on szybko w ciągu kilku dni. Ponieważ więc walka z lasecznikami jest walką komórkową, prowadzoną przez fagocyty, zwalczanie gruźlicy musi mieć przedewszystkiem na celu wzmocnienie obronnych sił komórek. W pierwszej linji wchodzi tu w grę obfite odżywianie, zawierające także dużą ilość tłuszczów, trzeba jednak przyzwyczaić ustrój do trawienia większych ich ilości.

Ponieważ liszki badane przez autora posiadały ogromną odporność w stosunku do gruźlicy próbował autor uodpornić ich krwią świnki morskie zakażone gruźlicą. Doświadczenia te dały wynik korzystny, gdyż prawie wszystkie świnki morskie, które otrzymały krew liszek przeżyły o kilka miesięcy dłużej od świnek zakażonych, które nie otrzymały krwi. Podobnie korzystne wyniki tego sposobu uodporniania opisują inni autorzy.

E. Reicher.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Choroby dziecięce (przegląd piśmiennictwa za rok 1934). (La Médecine infantile). H. Stévenin.

(La Médicine infantile). Le Monde médical Nr. 1 1935.

Od kilku lat zwraca się coraz większą uwagę na wpływ warunków meteorologicznych na choro-

by. Poważne prace w stosunkach do dzieci poświęcił tej sprawie *Mouriquand.* Autor ten sądzi, że każdy większy zakład leczniczy dla dzieci powinien mieć stały kontakt z meteorologiem. Autor opisał zespoły chorobne u dzieci stojące w związku z różnemi wahaniami meteorologicznemi i klimatycznemi. (ciepłotę, ciśnienie, stopień wilgoci, nasłonecznienie, wiatry, burze). Przegrzanie może wywoływać drgawki i nawet śmierć; nasłonecznienie nadmierne bywa powodem powstawania objawów oponowych i mózgowych. Burze wywołują u niemowląt niepokój, gorączkę i szybkie odwodnienie. Istnieje typ dziecięcy specjalnie wrażliwy na wahania pogody. (dzieci „meteorolabilne") [1].

Autor wyodrębnia jeszcze typ dzieci, których ustrój nie może dostosować się do warunków miejskich („inadaptes urbains").

U dzieci tych różne zaburzenia, najczęściej wątrobowo-jelitowe znikają przez zwykłą zmianę klimatu (wyjazd na wieś). *Armand-Delille* badał wpływ klimatu (morskiego i górskiego) na ważniejsze schorzenia u dzieci, *Woringer* badał wpływ pór roku na choroby dziecięce; niezaprzeczalny wpływ istnieje w odrze, błonicy, nagminnem zapaleniu opon i w chorobie Heine-Medina.

Loewenberg wskazuje na znaczenie stosowania surowicy ozdrowieńców w płonicy. Zapobiegawczo dawki surowicy wahają się (zależnie od autorów) od 5 — 20 cm.³. Leczniczo mogą mieć znaczenie tylko duże dawki (30 — 50 cm.³).

Bovrel i *Loewenberg* podają wynik leczenia dziesięciu ciężkich przypadków płonicy, z których zmarł tylko jeden (leczony zbyt późno).

Eirine i*Schoenbaum* badają rzadkie umiejscowienia błonicy: skórne, oczne, uszne. W leczeniu błonicy oka niezbędne są duże dawki surowicy.

Liczba przypadków błonicy w szkołach pod wpływem szczepień anatoksyną stale ulega zmniejszeniu. Godne polecenia są szczepienia połączone (anatoksyna i szczepionka przeciwdurowa), przy których powiększa się odporność, bez dodatkowego nasilenia odczynów poszczepiennych.

Mimo osiągniętych postępów, od czasu do czasu, widuje się błonicę u szczepionych. Według obliczeń *Fayot,* tylko 3,3% zgłoszonych przypadków błonicy przypada na szczepione dzieci, oraz najwyżej 5% dzieci szczepionych zachorowuje później na błonicę.

Przebieg błonicy u szczepionych, w przypadkach lekkich i średnich nie różni się od zwykłego przebiegu, śmiertelność jednak jest znacznie mniejszą (4,8%); u nieszczepionych 11%.

Wszystkie dzieci szczepione, które zachorowały, — nie były uodpornione. Dla kontroli uodpornienia należy posługiwać się odczynem *Schick'a,* albo uproszczonym odczynem Reh (odczyn naskórczy z anatoksyną, podobny do odczynu tuberkulinowego).

Gruźlica.

Nowe badania nie podważają znaczenia klasycznej nauki o nie dziedziczeniu zakażenia gruźliczego. Należy odróżnić zakażenie wrodzone zwykłą postacią lasecznika *Koch'a,* przypadki rzadkie i bezwzględnie śmiertelne, oraz zakażenie jadem przesączalnym, które zdarza się względnie często i jest zwykle dobrotliwe.

O ile jednak zakażenie jadem przesączalnym (przez łożysko) powstanie w okresie do 6-go mies. ciąży, może wywołać śmierć płodu, lub noworodka — przy objawach postępującego wyniszczenia, oraz może odgrywać rolę w pozostawaniu niektórych postaci „niedożywienia" u niemowląt. Są to jednak przypadki rzadkie, większość bowiem dzieci gruźliczych rozwijają się normalnie, pod warunkiem, że są odseparowane od matek zaraz po urodzeniu i uodpornione przez B. C. G. Szczepionka zachowuje skuteczność i nieszkodliwość i u zakażonych jadem przesączalnym.

Wykryto obecność jadu przesączalnego gruźliczego w bardzo różnych stanach patologicznych u dzieci (ostry gościec stawowy, zapalenie nerek, nerczyca lipoidowa, zespoły oponowe uleczalne, rozstrzenie oskrzeli, skazy krwotoczne, splenopneumonia), które w większości przypadków muszą być zaliczone do przejawów t. zw. gruźlicy „zapalnej", i których związek przyczynowy z zakażeniem gruźliczem oddawna był rozważany.

Paisseau i *Valtis* sądzą, że obecnie nie ma się prawa wnioskować o braku zakażenia gruźliczego na podstawie klasycznych zmian tkankowych.

Debré i Lelong, Grenet i Isaac-Georges ostrzegają przeciwko zbyt pochopnemu rozpoznawaniu prosówki o przebiegu łagodnym. Wprowadzać w błąd mogą (w obrazie radjologicznym) — obrazy po-krwotoczne, obrazy przekrwienia płuc i zastoju, marskość okołozrazikowa i okołooskrzelowa, niektóre gruźlice odoskrzelowe rozsiane ogniska, lub niektóre gruźlice macieczenia osnowy łącznotkankowej płuca.

Morquo, Jezroni wnioskują o dominującej roli zakażenia gruźliczego w powstawaniu rumienia guzowatego (erythema nodosum). Prawie zawsze stwierdzono odczyny tuberkulinowe dodatnie i w znacznym odsetku stwierdzono prątki gruźlicze.

Należy więc starannie opiekować się dziećmi z rumieniem guzowatym, z obawy na uogólnienie zakażenia gruźliczego.

Szczepienie zapobiegawcze B. C. G.

Weill-Hallé radzi obserwować po szczepieniu odczyn tuberkulinowy, powtarzając próby co trzy miesiące, i o ile odczyn pozostaje ujemny, — należy szczepić ponownie podskórnie dawką $^1/_{50}$ milligrama B. C. G.

Leczenie złotem, dość już rozpowszechnione w gruźlicy dorosłych, mało stosowane jest u dzieci mimo doniesień Wurzen'a, Armand-Delille i Jemma. Weill-Hallé i Mecklembourg stosowali złoto w zawiesinie oleistej (myoral). Nie spostrzegając powikłań, notowali polepszenia, i ustępowanie nacieków wczesnych.

Stan limfatyczny.

Wg. *Martinez Vargas* — stan limfatyczny jest stanem konstytucjonalnym cechującym się nadwrażliwością skóry, śluzówki i gruczołów chłonnych w stosunku do wszelkich zakażeń.

Wg. *Mouriquand'a* istnieje pokrewieństwo stanu limfatycznego ze stanami niedomogi tarczycy.

[1]) W Polsce oddawna już *M. Michałowicz* poświęcał tym zagadnieniom dużo uwagi, doceniając całkowicie wpływ wahań meteorologicznych na dzieci zdrowe i chore.



COMBRETIN
WYCIĄG PŁYNNY z COMBRETUM RAMBAULTII H.
REGULATOR CZYNNOŚCI WĄTROBY
WSKAZANY we WSZYSTKICH SCHORZENIACH WĄTROBY NAJWIĘCEJ CZYNNY ZE WSZYSTKICH ŻÓŁCIOPĘDNYCH
ŻÓŁTACZKA WSZELKIEGO RODZAJU NIEDOSTATECZNE WYDZIELANIE MOCZNIKA ZAPARCIE NAWYKOWE
DAWKOWANIE
3 razy dziennie po 20-30 kropel
PRÓBY I LITERATURĘ NA ŻĄDANIE W.PP. LEKARZY
SPECYFIK w SCHORZENIACH WĄTROBY
COMBRETIN
PREPARAT KRAJOWY
L. NASIEROWSKI
KALISKA 9 WARSZAWA
CHEM.-FARMACEUTYCZNE ZAKŁADY PRZEMYSŁ.-HANDLOWE
L. NASIEROWSKI
WARSZAWA KALISKA 9. TEL. 924-39, 930-42

Przemiana podstawowa prawie zawsze bywa obniżona i *Mouriquand* w tych przypadkach otrzymywał dobre wyniki stosując preparaty gruczołu tarczycowego. *Lereboullet* i *Odinet* poszukiwali u dzieci limfatycznych objawów przerostu grasicy i nie mogąc go ani razu stwierdzić, sądzą, że przerost grasicy powinien być wyłączony z zespołu chorobowego Paltauf'a.

Choroby narządów oddechowych.

Nasilenie normalnego obrazu radjologicznego wg. *Péhu i Bouquin* często widuje się u dzieci w następstwie zapaleń noso-gardzieli, oskrzeli lub chorób serca. Ostrzega przed rozpoznawaniem marskości lub gruźlicy włóknistej.

Odoskrzelowe zapalenie płuc stanowi nadal najważniejszą przyczynę zgonów w pierwszym i drugim roku życia.

Spalrecini nie stwierdził obniżenia śmiertelności przez stosowanie szczepionki. Natomiast otrzymał wyniki stosując wdechanie powietrza naświetlonego promieniami poza-fjołkowemi. Zapobiegawcze stosowanie szczepionek obniża znacznie zachorowalność na odoskrzelowe zapalenie płuc.

Péhu i *M-elle Rougier* podają stan obecny wiadomości o pneumokokowem ropnem zapaleniu opłucnej. Leczenie aspiracyjne daje wyniki niedostateczne i pozostaje dla przypadków, w których nie można wykonać zabiegu chirurgicznego (thoracotomia). Wstrzykiwanie do opłucnej optochiny (0,5 cm.^{3} rozczynu 5% na kilo wagi) powtarzane 3 — 4 razy z przerwą 1 — 2 dniową mogą być stosowane, ale nie należy zwlekać z zabiegiem operacyjnym, o ile brak znacznego polepszenia w ciągu 2 — 3 tygodni.

Można również stosować sole żółci (natrium taurocholicum) o działaniu rozpuszczającem pneumokoki. Dawka wynosi 0,3 na kilo (u niemowlęcia), najwyżej 3,0 jednorazowo. Po wypuszczeniu ropy wprowadza się rozczyn, w ilości połowy wypuszczonej ropy. Wlewania rozczynu soli żółciowej stosuje się początkowo co 3 — 4 dni, później co 1 — 2 tygodni.

Choroby przewodu pokarmowego.

Historja kliniczna owrzodzenia uchyłka Meckel'a należy do ostatnich czasów, mimo, że *Mondor* i *Lang* zebrali około 100 obserwacji. Jest to cierpienie dzieci, szczególnie chłopców. Najczęstszą jest postać krwotoczna. Przebieg napadowy, krwawienia jelitowe powtarzają się co parę dni. Przy tego rodzaju krwawieniach należy myśleć, między innemi, o uchyłku Meckel'a.

Czasami krwawienia mogą być bardzo obfite, z domieszką kału lub śluzu. Bóle są objawem stałym. Umiejscowienie bóli w jamie brzusznej może być różne. Współistniejące anomalje pępka przemawiają za uchyłkiem Meckel'a.

Owrzodzenie krwawiące uchyłka Meckel'a pozostawione swemu losowi prowadzi do śmierci wskutek utraty krwi lub do przebicia i wtedy najczęściej ogólnego zapalenia otrzewnej.

Niedrożność jelitowa spowodowana uchyłkiem Meckel'a należy do najczęstszych i najcięższych postaci niedrożności u dzieci.

U niemowląt niedrożność może być zamaskowaną objawami biegunki banalnej.

Dr. J. Wiszniewski.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Uwagi praktyczne, dotyczące leczenia liszaja rumieniowego. (Notes pratiques sur le traitement du lupus érythémateux). J. Gaté, P. Cuilleret.

Bulletin Général de Thérapeut. Nr. 2, 1934.

Liszaj rumieniowy oprócz zmian zapalnych prowadzących do powstania wyraźnego zaczerwienienia i bardzo nieznacznego nacieku w skórze, polega także na objawach nadmiernego i nieprawidłowego rogowacenia zwłaszcza w ujściach mieszków. W końcu jako trzecia cecha tego schorzenia zjawiają się na skutek przedłużającego się procesu zapalnego zaniki i blizny. Zależnie od przewagi jednego z trzech wymienionych objawów możemy ułożyć szeroką gamę przypadków niekiedy tak bardzo różniących się między sobą, jak postać o silnie przylegających masach rogowych, prawie całkowicie maskujących nieznaczne zresztą zmiany zapalne (herpès crétacé de Devergie) i erythema centrifugum (migrans), w której to odmianie nadmiernego rogowacenia prawie nie można się dopatrzeć, a w oczy rzuca się przedewszystkiem zapalny rumień. Ulubionem miejscem tego schorzenia jest twarz, gdzie wykwit kształtem przypomina często motyla, zajmując grzbiet nosa i policzki. Na drugim miejscu należy wymienić owłosioną skórę głowy, gdzie liszaj r. wywołuje trwałe wyłysienie. Pozatem wszędzie może wystąpić, na skórze i na śluzówkach (wargi i genital.), gdzie schorzenie to przypomina pokryte nadżerkami leukoplakje. Dawniejsze teorje, dotyczące etjologji tego schorzenia, wspominały o zaburzeniach w czynności gruczołów dokrewnych, o paciorkowcach i ich jadach. Dziś wszyscy skłaniają się do tego, aby zaliczyć liszaj rumieniowy do t. zw. tuberkulidów, to jest do schorzeń wywołanych przez prątki gruźlicze lecz, już to bardzo nieliczne, już to zabite lub może przez postać niewidzialną tych mikrobów. Krótka ta wzmianka o etjologji liszaja r. wystarczy, aby usprawiedliwić konieczność stosowania leczenia ogólnego w tym schorzeniu.

Lupus erythematosus acutus, to zupełnie odrębna odmiana tego schorzenia, w której wykwity skórne tak bardzo niestałe, zmieniające się, a niekiedy dyskretne stoją na drugim planie w obrazie klinicznym, przyćmione objawami ogólnemi ,często groźnemi, jak podniesienie ciepłoty, zapalenia i bóle stawów, dalej zapalenie płuc i opłucnej, objawy zajęcia opon mózgo-rdzeniowych, białkomocz... W tych przypadkach zejście śmiertelne, często dosyć nagłe jest regułą a leczenie powinno być bardzo ostrożne.

Leczenie ogólne: Leczenie djetetyczne z dużą ilością wapnia (Terrier) lub witaminów (Gerson) nie było systematycznie sprawdzane dlatego też nic pewnego o tym sposobie leczenia nie można powiedzieć. Djeta urozmaicona i obfita z dużą ilością mięsa jest najodpowiedniejsza. Leczenie klimatyczne zwłaszcza w zdrojowiskach obfitujących w chlorek sodu i sole arsenowe może dać niekiedy dobre wyniki, jednakże należy przestrzec chorego przed złemi skutkami bezpośredniego wystawienia skóry na działanie słońca, co mogłoby zaostrzyć schorzenie ewentualnie wywołać świeży wybuch wykwitów. Uparcie dawniej stosowane połączenia arsenowe, jodowe, tu-

berkulina, szczepionki i t. d. schodzą na dalszy plan, wobec nowych sposobów leczenia, jakie zdobywa się dzięki preparatom złota i ciężkich metali.

Sole złota stosuje się dożylnie lub domięśniowo. Dwa są warunki należytego stosowania złotolecznictwa: stosowanie dawek małych (0.05 — 0.2) i utrzymanie dostatecznej przerwy pomiędzy wstrzykiwaniami, przynajmniej 5-ciu dni, nie przekraczając ogólnej ilości 1.8 gr. soli złota. Niedawno wprowadzony w życie Solganal będący zawiesiną oleistą ma tą wyższość nad innemi, że przy równej skuteczności jest lepiej znoszony. Należy się jednak zawsze liczyć z możliwością wystąpienia objawów ubocznych (skórnych, naczynio-ruchowych...). Przy pomocy złota często uzyskujemy szybkie, całkowite ustąpienie wykwitów, bez pozostawienia blizn. Postaci rumieniowe tego schorzenia łatwiej poddają się leczeniu złotem niż naskórkowe, nadmiernie rogowaciejące ale i te często zostają wyleczone a zawsze ulegają poprawie. Nawroty są prawie regułą ale szybko ustępują już po kilku wstrzykiwaniach ponownie zastosowanego preparatu złota. Przeciwskazaniem natomiast jest stosowanie złota w przypadkach lupus eryth. acutus.

Połączenia metali ciężkich stosowane w leczeniu kiły znalazły także zastowanie w leczeniu liszaja r. a nawet stosowano w przypadkach tego schorzenia skórnego arsenobenzole. Z tych wszystkich leków na pierwszy plan wysuwa się bizmut. Dobre wyniki lecznicze po bizmucie nie świadczą wcale o kiłowej etjologji tego schorzenia, gdyż działanie bizmutu w tych przypadkach jest wprawdzie skuteczne ale bardzo powolne i jakby chwiejne i nie przypomina niczem szybkiego i pewnego wpływu bizmutu na zmiany kiłowe. Stosowane bywają wszystkie rodzaje połączeń bizmutowych. Autor stosuje najchętniej bismuthum hydroxyd. w ilości 2 cm³, domięśniowo, 2 razy tygodniowo, około 15 wstrzykiwań. W 4 — 5 tygodniu zwykle rozpoczyna sie poprawa. Wyniki leczenia są gorsze od uzyskanych przy pomocy soli złota, taksamo pewniejsze w mało nacieczonych odmianach liszaja r. Nawroty, jakkolwiek częste, ustępują łatwo po ponownem zastosowaniu bizmutu. Ten sposób ma tą wyższość ponad połączeniami złota, że objawy uboczne (stomatitis, albuminuria) występują rzadko, i są łatwe do opanowania.

Leczenie miejscowe, ze względu na dużą łatwość podrażnienia skóry, powinno być bardzo ostrożne. Z licznych środków, stosowanych w tych przypadkach, można używać jedynie bezkarnie kwasu salicylowego w niedużych stężeniach, który rozpuszcza masy rogowe pokrywające rumień a przez to przyspiesza leczenie. Stosuje się go w maści 1/20 lub w alkoholu 2 — 4%.

Światłolecznictwo i elektrolecznictwo liszaja r. nie daje dobrych wyników. Z innych sposobów leczenia miejscowego na szczególną wzmiankę zasługuje cryotherapia. Cryocauter Lortat - Jacob'a umożliwia zadziałanie śniegu węglowego dokładnie w miejscu schorzałem. Rozpoczynać należy od 15 sekund pod uciskiem 1 kg. — poczem, stopniowo powiększać czas i ucisk. Zabiegi wykonuje się co 2 — 3 tygodni. Sposób ten daje dobre wyniki w przypadkach, w których leczenie ogólne zawiodło. Wykwity ustępują z pozostawieniem gładkiej, powierzchownej i nieprzebarwionej blizny. Jak widać z powyższego leczenie liszaja r. należy zaczynać zawsze od leczenia ogólnego, najlepiej preparatami bizmutu.

W przypadkach lupus erythem. acutus nie należy stosować ani leczenia ogólnego, ani miejscowego. Należy tylko zwracać uwagę na stan ogólny chorego i stosować w razie potrzeby środki nasercowe ewent. przeciwgorączkowe.

Siarka w lecznictwie chorób skórnych. (Le soufre en thérapeutique cutanée). Georges-Levy.

Bulletin Général de Thérapeutique, Nr. 2, 1934.

Jak wykazano w doświadczeniach, siarka bywa przez skórę wchłaniana i to głównie pod postacią połączenia wodorowego (HS) a tylko nieznaczne ilości gazowego połączenia, jakim jest dwutlenek siarki (SO_2) dyfunduje głębiej w skórę i działa bakterjobójczo. Oprócz antyseptycznego wywiera jeszcze siarka działanie redukujące, keratoplastyczne, wysuszające skórę i hamujące wydzielanie gruczołów skóry, w końcu w większych stężeniach keratolityczne. Siarka jest lekiem szczególnie odpowiednim na t. zw. skóry tłuste, dalej w przypadkach schorzeń przebiegających z parakeratozą a także stosowana bywa jako środek przeciwpasożytniczy w świerzbie. Pamiętać należy o tem, że niekiedy skóra wykazuje znaczną nietolerancję na siarkę, reagując swędzącą rumieniową osutką lub wykwitami o typie grudki pokrzywkowej. Dzieje się to często u kobiet rudych ze skórą białą, pokrytą piegami. Zależnie od schorzenia stosuje się siarkę w postaci roztworów, maści, past, mydeł i t. d.

W łojotoku skóry owłosionej wskazane są roztwory i zawiesiny siarki, w trądziku pospolitym glicerynowe zawiesiny sulf. praecipit., lub maści z tą samą siarką w stężeniach od 5%. W świerzbie stosuje się złożone maści siarkowe (Wilkinsona). Kąpiele siarkowe poleca się w przypadkach rozległych a łatwych do podrażnienia schorzeń skórnych (parakeratosis, scabies, seborrhoea). Jako środek epilacyjny służy barium sulfuricum. W końcu podsiarczyn sodowy ma duże zastosowanie w dermatologji: zewnętrznie jako lek przeciwpasożytniczy, stosowany do wewnątrz jako odczulający, przeciwwstrząsowy.

Organiczne połączenia siarki mają również w dermatologji szerokie zastosowanie. Thigenol i podobny w działaniu ichtyol stosuje się jako środek przeciwzapalny, keratoplastyczny i nieznacznie redukcyjny w przypadkach wyprysku, parakeratozy, łuszczycy i t. d. Tumenol jest również zbliżony swoim działaniem do ichtyolu.

Lecznictwo liszajca. (Traitement de l'impetigo). Georges-Lévy.

Bulletin Général de Thérapeutique, Nr. 2, 1934.

Najpospolitsze to schorzenie skórne leczy się bardzo łatwo. Leczenie liszajca trwa najwyżej 8 dni przy użyciu wody Alibour'a (Cupri sulfurici 0.75, Zinci sulfurici 1,5, Aquae destill. camphor. 250,0) rozcieńczonej 4-ro do 10-ciokrotnie a stosowanej w okładach lub przymoczkach. Po usunięciu strupów przy pomocy powyższego sposobu należy zastosować maść rtęciową żółtą (2%) z dodaniem kwasu salicylowego i rezorcyny. W razie podrażnienia, które niekiedy zjawia się po zastosowaniu maści rtęciowej (Hg. ppt. flavum)

poleca Sézary t. zw. krem Aliboura (Cupr. sulf. 0,05, — Zinci sulf. 0.03 — Zinci ox. 5,0 — Lanolini 5,0 — Aq. calcis, Vaselini aà 10.0).

W przypadkach liszajca, przebiegającego pod postacią ostrego zapalenia skóry, maści są szkodliwe, jak również źle są znoszone pasty, tak odpowiednie w schorzeniach podostrych. Należy więc zastosować okłady najlepiej ze słabego roztworu wodnego ichtyolu (5%), papki wodne (Calc. carbon. — Zinc. oxyd. - Glicerin. - Aqua dest. aa) ewentualnie mieszaninę oliwy i wody wapiennej lub czysty, świeżo wytopiony smalec wieprzowy. Okłady skrobiowe i krochmalne działają niekiedy dobrze lecz często macerują skórę. Powyższe leki najlepiej stosować naprzemian z zasypkami n. p. Bismut. subnitr. 1,0 Zinc. oxyd. 10,0.

Rozpoznanie wyleczonej rzeżączki. (Diagnostic de la guérison de la blennorragie). M. M a n s o u r.

Paris Méd., Nr. 9, 1935.

Ponieważ rzeżączka zajmować może różne części organów moczo - płciowych tak mężczyzny, jak i kobiety przeto stwierdzenie braku gonokoków powinno dotyczyć po kolei wszystkich części tych narządów.

U mężczyzny należy zbadać wydzielinę wyciśniętą z cewki moczowej, następnie zbadać pierwszą porcję moczu na obecność nitek i na zawartość gonokoków w nitkach, dalej tak samo należy zbadać drugą część moczu, w końcu, wypełniwszy pęcherz przegotowaną wodą, wymasować gruczoł krokowy i pęcherzyki nasienne a w wydalonym tym płynie po odwirowaniu zbadać osad. Jeżeli żadnym z powyższych sposobów nie stwierdzimy obecności gonokoków u badanego, należy wykonać szereg zabiegów prowokacyjnych i po nich badać wydzieliny, jak wyżej. Sposoby prowokacyjne należy wykonywać w kolejności podanej. 1° wykonać badanie nazajutrz po wypiciu 1 — ½ litra piwa lub innego płynu o małej zawartości alkoholu, 2° po całkowitem przemyciu roztworem azotanu srebra 0.25‰ lub wstrzyknięciu do przedniej cewki 0.5% roztworu azotanu srebra, 3° po wymasowaniu na grubej sondzie bez następowego przemycia, 4° po silnem zmęczeniu, podróży ewent. po nadużyciu pokarmów, 5° po kilkakrotnem spółkowaniu 6° po dwukrotnem wstrzyknięciu w odstępie 2 dni szczepionki gonokokowej (500 mil.) 7° po uretroskopji, zwłaszcza gdy mocz się nie rozjaśnia, 8° jednym z ostatnich badań powinno być założenie hodowli z nasienia po uprzednim należytym przygotowaniu badanego. 9° gono - reactio, odczyn wiązania dopełniacza zjawia się w czwartym tygodniu od chwili zakażenia wiewiórem a utrzymuje się dodatni jeszcze dwa miesiące po wyleczeniu. W przypadkach, w których wstrzykuje się szczepionki gonokokowe, zjawia się wcześniej a utrzymuje się również długo po wyleczeniu. Gono - reakcja służy nam jako dopełnienie spostrzeżeń klinicznych i nie można polegać wyłącznie tylko na niej a już tem mniej na jednorazowem badaniu krwi, które powinno być wielokrotne, powtarzane co 15 dni. Pamiętać jednak zawsze należy, że odczyn ten jest często nieswoisty.

Po wykluczeniu rzeżączki jednym lub kilkoma z wyżej wymienionych sposobów, które należy dobierać zależnie od przebiegu klinicznego przebytej rzeżączki, obowiązkiem lekarza jest pouczenie chorego o tem, jak powinien zachować się w stosunku do swego otoczenia i jaki powinien prowadzić tryb życia a zwłaszcza należy przestrzec chorego przed złemi skutkami codziennego, rannego wyciskania wydzieliny z cewki moczowej.

U kobiety podobnie jak i u mężczyzny należy zbadać wydzielinę zakażonych organów i gruczołów. Wydzielina z cewki moczowej powinna być pobrana do badania conajmniej w trzy godziny po oddaniu moczu, po obmyciu zewnętrznego ujścia cewki, przez wciśnięcie palcem wprowadzonym do pochwy. W otoczeniu ujścia cewki znajdują się często zakażone gruczoły Skenego w liczbie 2 do 4. Ich ujście, nieraz trudne do odszukania, można uwidocznić przez zwilżenie otoczenia argyrolem, który zatrzymując się w ujściu, tworzy małe ciemne punkciki na śluzówce a wtedy łatwo jest gruczoły ucisnąć i pobrać wydzielinę do badania. Tak samo bada się gruczoły Bartholiniego. Pochwa rzadko bierze czynny udział w zakażeniu i dlatego zwykle jej wydzieliny nie badą się. Wydzielinę z szyjki macicznej pobiera się ezą platynową, wprowadzając ją na głębokość 1 cm poza ujście zewnętrzne. Pamiętać również należy o możliwości utrzymywania się gonokoków w cystach Nabotha o ile takie istnieją na części pochwowej szyji macicznej. O ile zakażenie wiewiórowe objęło wnętrze macicy, jajowody i jajniki to oczywiście i w wydzielinie tych narządów stwierdza się obecność gonokoków. Wtenczas pobieranie wydizeliny odbywa się drogą bardzo złożonych zabiegów, dla lekarza praktyka zwykle niewykonalnych. Zabiegi prowokacyjne stosowane u kobiety są przeważnie te same, co u mężczyzny, dodać można do wyżej wymienionych elektryczne przegrzewania, stosowane w zakażeniu górnych dróg rodnych kobiety. Wykluczenie rzeżączki u kobiety jest zawsze do pewnego stopnia niepewne i dlatego kobiety należy badać dłużej, 3 — 6 miesięcy, zawsze nazajutrz po ostatnim dniu miesiączkowania.

Maść rtęciowa żółta w lecznictwie chorób skórnych. (Le pommade à l'oxyde jaune de mercure en thérapeutique dermatologique). A. S e z a r y.

La Presse Médic. Nr. 43, 1935.

Maść rtęciowa żółta ze względu na swoje duże właściwości odkażające ma szerokie zastosowanie w lecznictwie chorób skóry i oczu. Na skuteczność tej maści w mikrobowych schorzeniach skóry zwrócił uwagę Darier, twierdząc, że właściwości odkażające tego środka można znacznie wzmocnić przez dodanie kwasu salicylowego lub rezorcyny n. p.

Hg ppti flavi 1,0.
resorcini.
ac. salic. aa. 0.3.
vaselini
lanolini.
axung. porcis aa. 10.0.

Powyższa maść z czasem zmienia się. Pod wpływem redukującego działania rezorcyny związek rtęciowy rozkłada się, tworzą się salicylaty rtęci, maść początkowo żółta brunatnieje. Maść ta zdaniem chemików wadliwa okazuje się w

praktyce, jak twierdzi Darier, doskonałą w przypadkach liszajca, niesztowic, wrzodów goleni, wyprzenia i mikrobowych wyprysków, właśnie na skutek istniejących in statu nascendi nowych połączeń chemicznych. Ujemne strony tej maści są następujące: 1) nietolerancja skóry w 3% przypadków leczonych tym sposobem. Aby uniknąć tego ryzyka radzi autor przed zastosowaniem maści wykonać na przedramieniu chorego skórną próbę, 2) niemożność stosowania tej maści jak i wszystkich maści rtęciowych, na skórę, która była uprzednio pendzlowana jodyną ze względu na powstawanie drażniącego skórę dwujodku rtęci, 3) możliwość zatrucia z objawami ze strony nerek i śluzówki jamy ustnej (stomatitis) przy dłuższym stosowaniu na większej powierzchni skóry.

Jastrzębska.

KRONIKA

Komunikat.

III kurs dla lekarzy z zakresu Eugeniki ze specjalnem uwzględnieniem dziedziczności i poradnictwa przedślubnego, zorganizowany przez Państwową Szkołę Higjeny i Radę Naukową Polskiego Towarzystwa Eugenicznego, rozpoczyna się w Państwowej Szkole Higjeny dn. 30 września i trwać będzie do dn. 19 października 1935 r.

W celu umożliwienia uczestnictwa w kursie lekarzom praktykującym, wykłady odbywać się będą wieczorami od godz. 19 — 22 w gmachu Państwowej Szkoły Higjeny, Warszawa, ul. Chocimska 24.

Zgłoszenia przyjmuje i informacyj udziela Sekretarjat kursu: Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny, Warszawa, ul. Chocimska 24.

PAŃSTWOWA SZKOŁA HIGJENY.

Program

III-go Kursu dla lekarzy z Zakresu Eugeniki ze specjalnem uwzględnieniem dziedziczności i poradnictwa przedślubnego zorganizowanego przez Państwową Szkołę Higjeny i Radę Naukową Polskiego T-wa Eugenicznego.

od 30 września do 19 października 1935 r.

Wykłady będą się odbywały wieczorem w godzinach:

Data	19 — 20	20 — 21	21 — 22
30/IX poniedziałek	19-30 Otwarcie kursu	**Dr. L. Wernic** Rozwój pojęć naukowych w eugenice polskiej i krajów zachodnich.	
1/X wtorek	**Dr. M. Kacprzak** Z zagadnień rozrodczości		**Dr. M. Kacprzak** Zagadnienie statystyki rodzinnej
2/X środa	**Prof. M. Skalińska** O dziedziczności i jej prawach		**Prof. M. Skalińska** O mutacji
3/X. czwartek	**Prof. E. Stołyhwo** O rasach i typach ludzkich wogóle		**Prof. E. Stołyhno** O rasach ludzkich w Polsce
4/X. piątek	**Prof. S. Czarnowski** Granice selekcji biologicznej a kierunki selekcji społecznej		**Dr. Mikulski** Zagadnienie bliźniąt w zakresie dziedziczności i sprawa szkolenia bliźniąt
5/X. sobota	**Dr. T. Zawodziński** Ruch neomaltuzjanizmu a zagadnienie antykoncepcji		**Dr. H. Szczodrowski** Dzieje rozwoju walki ze zwyrodnieniem rasy w Polsce niepodległej
7/X. poniedziałek	**Doc. Dr. H. Gnoiński** O konstytucjach fizycznych człowieka		

Data	19 — 20	20 — 21	21 — 22
8/X. wtorek	**Prof. L. Hirszfeld** O odporności organizmu i jej dziedziczeniu		**Prof. L. Hirszfeld** O typach krwi i ich dziedziczeniu
9/X. środa	**Inż. A. Lejwa** O dziedziczeniu zaburzeń hormonalnych		**Dr. St. Żurakowski** O metodach reaktywacji organizmu ludzkiego
10/X. czwartek	**Prof. Wł. Sterling** Dziedziczenie chorób nerwowych		**Adjunkt Dr. R. Dreszer** Dziedziczenie chorób psychicznych
11/X. piątek	**Prof. H. Melanowski** O dziedziczeniu chorób oczu		**Doc. Dr. D. Zuberbier** O dziedziczeniu chorób słuchu
12/X. sobota	**Doc. Dr. Szulc** Gruźlica a dziedziczność		**Dr. H. Szpilbaum** Dziedziczenie i znaczenie eugeniczne różnych postaci cukrzycy
14/X. poniedziałek	**Płk. Dr. J. Nelken** Higjena psychiczna a alkoholizm		**Płk. Dr. J. Nelken** Zagadnienie narkomanji
15/X. wtorek	**Dr. T. Welfle** Rola chorób dziecięcych w selekcji biologicznej		**Dr. L. Wernic** Rola chorób wenerycznych w selekcji biologicznej
16/X. środa	**Dr. J. Nowakowski** O poradnictwie przedślubnem		**Dr. T. Sieńko** Małżeństwo z punktu widzenia Eugeniki
17/X. czwartek	**Sędzia K. Fleszyński** O projekcie prawa małżeńskiego w Polsce	**Adwokat S. Markusfeld** Prawodawstwo Eugeniczne na zachodzie i projekty polskie	**Mec. I. Ettinger** Pierwiastki Eugeniczne w prawodawstwie polskiem
18 X. piątek	**Prof. W. Grzywo-Dąbrowski** Ustawy sterylizacyjne z punktu widzenia zwalczania przestępczości i patologicznej dziedziczności		
19/X. sobota	**Min. Dr. W. Chodźko** O roli i znaczeniu T-wa Medycyny Zapobiegawczej i stosunki jej do eugeniki		Zamknięcie kusu

Uwaga: Dopuszczalne są zmiany w programie.

Sekretarjat kursu: 1) Dr. J. Nowakowski — Warszawa, ul. Nowy-Świat 1.
2) Państwowa Szkoła Higjeny — Warszawa, Chocimska 24.

VII ZJAZD GINEKOLOGÓW POLSKICH.

Komunikat.

1) Komitet organizacyjny Zjazdu urzędować będzie na dworcu kolejowym dnia 20 i 21 września, w czasie przybycia pociągów, pozatem stale w Klinice położniczo-ginekologicznej, ul. Pijarów 4.

2) Posiedzenia odbywać się będą w sali wykładowej Kliniki położniczo-ginekologicznej.

3) Karty uczestnictwa, program, zniżki kolejowe i t. d. otrzyma każdy z uczestników w chwili przybycia w biurze Zjazdu na dworcu kolejowym lub w klinice.

4) Wpisowe na Zjazd wynosi od członków 20 zł., od osób towarzyszących 15 zł.

POLSKIE TOWARZYSTWO HIGJENICZNE.

Komitet Organizacyjny X Zjazdu Higjenistów Polskich w Katowicach.

K o m u n i k a t II.

X-ty Zjazd Higjenistów Polskich, poświęcony Higjenie Pracy i chorobom zawodowym, odbędzie się w Katowicach w czasie od 20 — 22 września r. b.

Początek obrad w piątek dnia 20 września o godzinie 9.30.

Do 18 września informacji udziela się w lokalu Tow. Higjenicznego, Warszawa, Karowa 31. Od 19 września r. b. informacji udzielać będzie biuro informacyjne w Katowicach.

Składka za uczestnictwo w Zjeździe wynosi 10 zł. dla członków i 5 zł. dla osób towarzyszących. Konto czekowe P. T. H. 1888.

Uczestnikiem Zjazdu może być każda osoba, zajmująca się naukowo, lub praktycznie higjeną.

Komitet Wykonawczy w Warszawie przyjmuje zgłoszenia członkowstwa w Zjeździe, jak również składki członkowskie, oraz wydaje karty uczestnictwa.

Tematy referatów na posiedzenia plenarne:

Prof. W. Gądzikiewicz — Kraków — „O organizacji opieki lekarsko - higjenicznej i nauczaniu higjeny i bezpieczeństwa w szkołach zawodowych".

Dr. K. Hessek — Świętochłowice — „Rola lekarza higjenisty w hutnictwie cynku".

Inż. gen. E. Kątkowski — Warszawa — „Zagadnienie unieszkodliwiania ścieków, szczególnie przemysłowych, w czasie kryzysu".

Inż. Z. Rudolf — Warszawa — 1) „Podstawy organizacji ochrony rzek przed zanieczyszczeniem w Polsce". 2) „Walka z dymem w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej".

Dr. M. Różalski — Katowice — „Woda w górnośląskim okręgu przemysłowym".

Inż. M. Rzęcki — Warszawa 1) „Walka z dymem w ośrodkach przemysłowych". 2) „Problem zapobiegania wypadkom przy pracy".

Prof. Dr. A. Safarewicz — Wilno — „Zagadnienie ścieków przemysłowych".

Tematy referatów na posiedzeniach w sekcjach:

a) higjeny pracy, b) chorób zawodowych,

a) Sekcja higjeny pracy.

Doc. Dr. Adamski — „Bakterjologja miejsca pracy i otoczenia w kopalnictwie węglowem".

Dr. Donhajzerowa — „Tymczasowe doniesienie w sprawie bakterjologji w kopalnictwie kruszczu".

Inż. Drozdowski — „Organizacja bezpieczeństwa pracy w hutnictwie żelaza".

Dr. Kołoczek — „Urządzenia sanitarne miasta Katowic".

Dr. Mroziński — „Badania ścieków z punktu widzenia chemicznego na obszarze woj. śląskiego".

Dr. M. Różalski — „Higjena pracy w hutnictwie żelaza".

Dr. K. Sęczyk — Katowice — „Obecny stan higjeny i bezpieczeństwa pracy w górnictwie węglowem".

b) Sekcja chorób zawodowych.

Dr. Bernadzikowski — „Obrażenia cielesne w kopalnictwie dzikiem" (biedaszyby).

Dr. Bociański — „Ocena późnych następstw wypadków przy pracy".

Dr. Bogdalski — 1) „Urazy palucha w hutach żelaza". 2) „Różne objawy zatruć tlenkiem węgla u hutników".

Dr. Górny — „Zawodowe uszkodzenie uszów u górników".

Dr. Górski — „Wpływ urazów na powstawanie nowotworów".

Dr. Jakubowski — „Złamania wypadkowe kości stopy w związku z pracą w kopalniach węgla".

Dr. Jarczyk — „Pylica u górników kopalni węgla rewiru katowickiego".

Dr. Klar — „O oczopląsie, jako zawodowem schorzeniu u górników".

Dr. Kowalski — „Uszkodzenia palców w związku z pracą w przemyśle".

Dr. Lenartowicz — „Uwagi o zmianach w stawach kończyn górnych u górników obsługujących maszyny wiertnicze pneumatyczne".

Dr. Kwaśniewski — „Rokowanie w reumatyźmie".

Dr. Wilimowski — „Ocena urazów dla odszkodowań w wypadkach przy pracy".

Referaty zgłoszone i przyjęte na Zjazd, oraz wnioski referatów w całości, lub w dokładnem streszczeniu będą ogłoszone drukiem w miesięczniku „Zdrowie Publiczne", o ile w formie gotowej do druku zostaną przesłane Komitetowi do dnia 1 września r. b.

Uczestnicy Zjazdu korzystają ze zniżki kolejowej ustanowionej dla zjazdów przez Min. Komunikacji.

*
* *

XI ZJAZD OTO-LARYNGOLOGICZNY oraz

Walne Zebranie Członków Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego odbędzie się w Krakowie, ul. Radziwiłłowska Nr. 4 w dniach 15 i 16 września b. r.

Dwa referaty wygłoszą:

1) Brockman i Karbowski (Warszawa): Zespół infekcyjno - toksyczny u dzieci, oraz

2) Miodoński i Schwarzbart (Kraków): Zwężenia krtani i tchawicy i ich leczenie.

Pozostałe odczyty wygłoszą: Alter, Chorążycki (Warszawa), Dobrzański (Lwów), Gans (Kraków), Jankowski (Lwów), Karbowski, Mościskierówna, Mesz (Warszawa), Miodoński (Kraków), Schusterówna (Lwów), Schwarzbart, Spira (Kraków), Tencer (Warszawa).

Dnia 14-go o godz. 21-ej odbędzie się zebranie towarzyskie w sali Hotelu Francuskiego.

Informacyj w sprawie mieszkań udziela Dr. A. Schwarzbart, Kraków, Starowiślna 4. Wskazane zgłoszenie najpóźniej na tydzień przed Zjazdem.

Dr. A. Schwarzbart mp.
Prezes Oddziału Krakowskiego

*
* *

KOMUNIKAT ZJAZDOWY P. T. D.

W dniu 29 i 30 czerwca 1935 r. odbył się zjazd P. T. D. w Krakowie w Siedzibie Tow. Lek. Krak.

Na zjazd przybyli goście z Czechosłowacji z prof. Samberger'em, Gawalowskym i Hübschmanem na czele.

Po zagajeniu obrad prof. Walter uczcił w podniosłych słowach pamięć ś. p. I-go Marszałka Polski.

Głównym tematem zjazdu była endokrinologja w chorobach skóry,. Prócz tego wygłoszono szereg bardzo ciekawych referatów.

Przewodniczącym honorowym zjazdu wybrano prof. Dr. Sambergera.

Posiedzeniu przewodniczyli prof. Lenartowicz, prof. Gawalowsky, doc. Richova, prof. Straszyński, prof. Hübschman, doc. Petracek, prof. Pawlas, doc. Prohazka, dr. Fabian, dr. Sonnenberg i Bochyński.

Uczestnicy w pierwszym dniu zjazdu udali się na Sowiniec, gdzie wzięli udział w sypaniu Kopca, w drugim dniu złożyli hołd prochom ś. p. Marszałka w krypcie na Wawelu.

Jednocześnie ze zjazdem odbyło się posiedzenie zarządu i posiedzenie delegatów.

Posiedzenie zagaił prof. Leszczyński, prezes Towarzystwa. W okresie kadencji zarząd zajmował się głównie 3 sprawami: zjazdem słowiańskich dermatologów w Pradze w r. 1934, przygotowaniem do zjazdu Krakowskiego i zjazdem międzynarodowym, odbyć się mającym w Budapeszcie w r. b., na którym powstać ma międzynarodowe Towarzystwo Dermatologiczne.

Po sprawozdaniu prezesa, skarbnika i redaktora uchwalono podziękowanie dla administratora Przeglądu Dermatologicznego, kol. d-ra Raszkesa.

Po sprawozdaniu komisji rewizyjnej uchwalono zarządowi towarzystwa absolutorjum.

Na wniosek prof. Leszczyńskiego wybrano delegatów na zjazd w Budapeszcie w osobach kolegów: prof. Leszczyńskiego, prof. Waltera, prof. Pawlasa i doc. Kapuścińskiego.

Zamiast proponowanej przez kol. prof. Straszyńskiego komisji terminologji dermatologicznej uchwalono wprowadzenie kącika porad językowych w Przeglądzie Dermatologicznym. Na wniosek kol. prof. Straszyńskiego wobec trzydziestolecia istnienia Przeglądu Dermatologicznego postanowiono wydać skorowidz prac za całe ubiegłe trzydziestolecie. O pomoc finansową zwrócono się do kierowników klinik. Prof. Straszyński i Pawlas zadeklarowali po zł. 100 od klinik poznańskiej i wileńskiej.

Postanowiono zmienić statut, wproawdzając trzyletni termin zjazdów zamiast obecnego dwuletniego. W końcu przeprowadzono wybory do władz towarzystwa, które dały wyniki następujące:

Prezesem został wybrany ponownie przez aklamacje prof. dr. Roman Leszczyński, wiceprezesami — prof. Walter i prof. Lenartowicz, skarbnikiem — dr. Bruner, sekretarzem — dr. Cholewius, członkami zarządu prof. Pawlas, prof. Straszyński, prof. Grzybowski; redaktorem Przeglądu — doc. Kapuściński. Do komisji rewizyjnej wybrano d-ra Racinowskiego i d-ra Dąbrowskiego.

Zjazd zakończył się przyjęciem u pana prezydenta stoł. król. m. Krakowa — d-ra Kaplickiego.

Dr. K. Cholewius
Sekretarz Towarzystwa

O OCHRONĘ ZDROWIA MŁODOCIANYCH RZEMIEŚLNIKÓW.

Praca młodocianych uczniów rzemieślniczych jest zjawiskiem bardzo rozpowszechnionem. Nie pozostaje ona bez wpływu na kształtowanie się młodego pokolenia pracy. Szczególnie niepokojąco przedstawia się wpływ pracy zawodowej na młodzież rzemieślniczą w okresie pokwitania. Moment ten w życiu młodych chłopców jest szczególnie niebezpieczny ze względu na podatność ich na działanie wszelkich czynników szkodliwych. Szkodliwości zawodowe w tym okresie, działają na młode organizmy bardzo silnie i łatwo utrwalają się na całe życie.

Pierwszym widocznym wpływem pracy zawodowej jest zahamowanie rozwoju fizycznego młodocianych. Według przeprowadzonych niedawno badań przez prof. Schlesingera na kilkutysięcznej rzeszy młodocianych we Frankfurcie n/M., uczeń rzemieślniczy pozostaje w tyle o 3/4 — 1 roku w swym rozwoju fizycznym w porównaniu np. z uczniami gimnazjalnymi. Najsilniej upośledzony jest rozwój w takich grupach zawodowych, jak fryzjerzy, krawcy, szewcy, w których warunki pracy pod względem zdrowotnym są bardzo niekorzystne.

Oprócz tego zachodzą pewne specyficzne zmiany, właściwe dla poszczególnych grup zawodowych. I tak np. młodzież kupiecka odznacza się nadmierną pobudliwością nerwową, krótkowzrocznością i zmianami w budowie kośćca i postawy; kelnerzy i fryzjerzy zapadają już za młodu na choroby nóg (stopa płaska) wskutek pracy stojącej; u uczniów piekarskich uderza bladość wskutek przebywania w gorących pomieszczeniach i zaburzeń w regulacji ciepła. Pozatem u większości młodocianych stwierdza się ogólne zmiany, jak anemja, powiększenie gruczołów, wyczerpanie i t. p. Zdaniem prof. Schlesingera, należy je przypisywać w dużym stopniu przepracowaniu i przemęczeniu uczniów rzemieślniczych. Wymagania, które się im stawia są naogół zbyt wysokie, organizacja zaś ich pracy, przerw i odpoczynku jest zła. Uczniowie ci są poprostu wyczerpani wczesną i zbyt ciężką dla nich pracą zawodową. Dla ogólnego stanu zdrowia młodzieży rzemieślniczej jest rzeczą charakterystyczną, że w dużym materjale, zbadanym przez prof. Schlesingera, zaledwie 25 — 30% chłopców nie wykazało żadnych anomalji, ani zmian chorobowych.

Zły stan zdrowia młodocianych rzemieślników nie jest sprawą obojętną dla społeczeństwa, ze względu na ich późniejszą pracę i pożyteczność. Słusznie tedy prof. Schlesinger wysuwa żądanie, aby roztoczono troskliwą opiekę lekarską zarówno nad samymi młodocianymi, jak i nad warsztatami pracy, w których są zatrudnieni. Kto zatrudnia młodocianych i czerpie z ich pracy zyski — winien im zapewnić pewne minimum ochrony zdrowia.

O DOBRĄ POMOC DLA OFIAR GAZÓW PRZEMYSŁOWYCH.

W przemyśle węglowym, hutniczym i chemicznym zdarzają się zatrucia gazami kopalnianemi, w hutnictwie tlenkiem węgla, wydobywającym się z pieców hutniczych, generatorów i t. p., w przemyśle zaś chemicznym najróżnorodniejszemi gazami i parami, zależnie od rodzaju produkcji. Za-

trucia przebiegają zwykle gwałtownie, niespodziewanie i wskutek tego ofiarą ich padają często życia ludzkie.

Zakłady przemysłowe, w których istnieje niebezpieczeństwo zatrucia gazami, winny mieć zorganizowaną dobrą akcję ratunkową. W Niemczech, w okręgach przemysłowych Westfalji i Nadrenji, sprawę tę rozwiązano w ten sposób, że każdy większy zakład przemysłowy posiada własny oddział przeciwgazowy i drużynę ratowniczą. Robotnik, który uległ zatruciu, zostaje natychmiast przeniesiony do ambulatorjum fabrycznego, gdzie znajduje się aparat tlenowy i środki ratownicze. Zastosowana natychmiastowa pomoc przywraca mu życie i chroni przed dalszemi następstwami zatrucia gazem. Niezależnie od tego istnieje w tamtejszym przemyśle powszechna organizacja ratunkowa, na wypadek dużych katastrof górniczych i przemysłowych, która składa się z drużyn poszczególnych zakładów i posiada zgóry opracowany plan wspólnej akcji ratunkowej w wypadku żywiołowej katastrofy.

U nas rozwinięte jest ratownictwo przeciwgazowe tylko w kopalnictwie, natomiast w przemyśle przysposobienie przeciwgazowe nie jest należycie zorganizowane. Brak jest w wielu zakładach przemysłowych ludzi wyszkolonych w ratownictwie, brak jest masek przeciwgazowych i środków ratunkowych. Wynikiem tego zaniedbania mogą być poważne ofiary w ludziach w wypadku większych katastrof, niezależnie od sporadycznych wypadków zatrucia, które się zawsze zdarzają.

Przysposobienie przeciwgazowe przemysłu posiada duże znaczenie nietylko ze względu na zatrucia przemysłowe, ale i ze względów wojskowych. Organizacje L. O. P. P. i Polskiego Czerwonego Krzyża winny dołożyć starań, aby w każdym zakładzie przemysłowym, gdzie istnieje niebezpieczeństwo zatrucia gazami, była zorganizowana akcja ratunkowa.

CO POWINIEN UCZYNIĆ PRZEMYSŁ TKACKI W POLSCE DLA OCHRONY ZDROWIA ROBOTNIKÓW?

Przemysł tkacki w Polsce zajmuje naczelne miejsce pod względem liczby zatrudnionych. Pracuje w nim około 120,000 osób, w czem połowę stanowią kobiety. Praca w przemyśle tkackim kryje w sobie dość znaczne ryzyko dla zdrowia.

Na pierwszy plan wysuwa się niebezpieczeństwo pyłu. Pył bywa różny: bawełniany o kształcie mikroskopowych korkociągów, wełniany, zaopatrzony jakby w haczyki, pył jutowy, jedwabny i in. Wskutek swych właściwości, pył, który się tworzy w tkalniach, dostaje się do dróg oddechowych robotników, przyczepia się do błon śluzowych, co bardzo utrudnia wydalanie go z płuc przez kaszel. Drażni on silnie drogi oddechowe, powodując przewlekłe nieżyty oskrzeli, usposabia do rozedmy płuc, do gruźlicy, niekiedy nawet wywołuje zmiany podobne do zapalenia płuc.

W przędzalniach pracujących „na mokro", wymagana jest, ze względu na produkcję, wilgoć i ciepło. Praca w pomieszczeniach tych naraża robotników na częste zaziębianie, zwłaszcza w porze zimowej wskutek gwałtownej zmiany temperatury po wyjściu z fabryki na dwór.

Z innych chorób zawodowych u robotników w przemyśle tkackim, występują często żylaki i stopy płaskie, wskutek pracy w pozycji stojącej, u kobiet częste są bóle w krzyżach, osoby pracujące przy selfaktorach, wskutek bardzo wielkiego napięcia uwagi zapadają na neurastenję, u farbiarzy występują choroby skórne.

Tę dużą chorobliwość robotników przemysłu tkackiego można by zmniejszyć, gdyby warunki zdrowotne pracy uległy poprawie i gdyby roztoczono stałą opiekę lekarską, zarówno nad robotnikami, jak i nad warsztatem pracy. Możnaby wówczas zaoszczędzić wielu niepotrzebnych wydatków na leczenie — warsztatowi zaś pracy przysporzyć zdrowych i dobrze pracujących robotników. Przed zarządami fabryk tkackich w Polsce otwiera się piękne pole do pracy, ważnej zarówno społecznie jak i gospodarczo.

Każda większa fabryka tkacka powinna mieć swego lekarza fabrycznego w celu prowadzenia należytej akcji zapobiegawczej.

CZŁOWIEK PRACOWITY SIEDZI PRZY PRACY.

Zachowanie właściwej pozycji przy pracy jest sprawą niezmiernie ważną zarówno ze względu na ekonomję pracy, jak i ochronę zdrowia. Praca w pozycji niewłaściwej drogo kosztuje, gdyż wyzyskanie energji ludzkiej jest nieracjonalne, pracownik traci ją na utrzymanie równowagi, zamiast na pracę produktywną. Z drugiej strony zachowanie przez długie godziny pracy niewłaściwej pozycji powoduje, z biegiem lat, przeróżne zaburzenia w stanie zdrowia.

Stosunkowo najbardziej szkodliwa jest praca w pozycji zgiętej. Taką pozycję przyjmują np. robotnice w fabrykach włókienniczych. Praca w nienaturalnem zgięciu powoduje zniekształcenie kośćca, a ucisk na narządy wewnętrzne zaburzenia ich funkcyj. Ucisk ten jest szczególnie niebezpieczny w okresie ciąży robotnicy i prowadzi często do przedwczesnych, skomplikowanych porodów.

Szkodliwa też jest praca w długotrwałej pozycji stojącej. Krew wskutek siły ciężkości opada ku dolnym kończynom i zalega w żyłach. Z biegiem lat rozwijają się na tem tle t. zw. żylaki. Równocześnie wskutek zwiotczenia więzadeł wytwarza się t. zw. stopa płaska, powodująca bardzo dotkliwe i uporczywe bóle nóg. Cierpienia te często uniemożliwiają człowiekowi wogóle pracę.

Stosunkowo najlepszą jest pozycja siedząca. Najmniej pochłania energji, jest najbardziej ekonomiczna. Niesłuszny jest pogląd jakoby siedzenie przy pracy było świadectwem lenistwa, stanie zaś pracowitości. Pozycja siedząca przy pracy jest najbardziej właściwa i celowa i należy ją zastosować wszędzie, gdzie tylko się da.

Ale nie wystarczy tylko siedzieć — trzeba siedzieć w odpowiedni sposób i na odpowiedniem krześle. Bo i długotrwałe siedzenie w złej pozycji przynosi szkody organizmowi, powoduje zaburzenia oddychania i krążenia przez ucisk na klatkę piersiową i jamę brzuszną. Aby tego uniknąć trzeba pracownika posadzić na krześle dostosowanem w konstrukcji swej do typu danej pracy i do organizmu człowieka. W ten sposób zaoszczędzimy sporo zdrowia i energji ludzkiej oraz osiągniemy zwiększoną wydajność pracy.

O tem, jak należy posadzić robotnika przy pracy, aby zadość uczynić zasadom ochrony zdrowia i ekonomji pracy, informuje szczegółowo broszura inspektorki pracy p. Ireny Szorowej p. t. „Pozycja przy pracy i sprzęt do siedzenia", wydana ostatnio przez Instytut Spraw społecznych w Warszawie.

KONKURS NA PRACĘ O RUSZTOWANIACH BUDOWLANYCH.

Jury ogłoszonego przez Instytut Spraw Społecznych konkursu na pracę o rusztowaniach budowlanych ze stanowiska bezpieczeństwa pracy, w składzie:

p. W. Adamiecki — v-dyr. Instytutu Spraw Społecznych, jako przewodniczący, p. K. Turnowski — delegat, p. A. Mazurkiewicz — delegat Ministerstwa Opieki Społecznej, p. A. Lutze-Birk — delegat Ministerstwa Opieki Społecznej, p. J. Beill — delegat Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, p. S. Kruszewski — delegat Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, p. G. Trzciński — delegat Związku Stowarzyszenia Architektów Polskich, p. R. Miller — delegat Związku Stowarzyszenia Architektów Polskich, p. I. Luft — delegat Polskiego Związku Inżynierów Budowlanych, p. S. Pronaszko — delegat Stowarzyszenia Zawodowego Przemysłowców Budowlanych, i p. R. Piętkowski — delegat Stowarzyszenia Zawodowego Przemysłowców Budowlanych, postanowiło przyznać I nagrodę w sumię zł. 600, — pracy pod godłem „OKO", II nagrodę w sumie zł. 400, — pracy pod godłem „BEZPIECZEŃSTWO PRACY", dwie III nagrody po zł. 200, — pracom oznaczonym godłami: „ZBROJARZ" i „PROSTE I BEZPIECZNE". Pozatem Jury wyróżniło i przeznaczyło do zakupienia prace oznaczone godłami: „M - 333" i „INEK", oraz nieoznaczone godłem prace p. Nazarkiewicza z Jarosławia i p. Świtka z Inowrocławia.

Po otwarciu kopert okazało się, że I nagrodę otrzymuje p. Leon Małecki z Warszawy, II nagrodę p. inż. Basion z Katowic, III nagrodę p. Cegłowski ze Lwowa i inż. Olszak z Cieszyna. Wyróżnienia otrzymali: p. Olszak z Cieszyna, p. Albin Wiktor z Krakowa, p. Świtek z Inowrocławia i p. Nazarkiewicz z Jarosławia.

Zgodnie z warunkami konkursu, prace nagrodzone lub zakupione stają się własnością Instytutu, inne zaś prace, podlegają zwrotowi w ciągu miesiąca do daty rozstrzygnięcia konkursu i w tym czasie mogą być odebrane w Instytucie Spraw Społecznych za zwrotem pokwitowania otrzymanego przy składaniu pracy konkursowej.

Instytut składa tą drogą gorące podziękowanie członkom Jury, którzy bezinteresownie brali udział w żmudnych pracach konkursowych, oraz wszystkim autorom nadesłanych prac, którzy włożyli dużo wysiłku w celu opracowania projektów bezpiecznych rusztowań budowlanych.

KONGRES MEDYCYNY PRACY.

Ukazało się sprawozdanie z XI Kongresu Narodowego Medycyny Pracy we Włoszech, który się odbył w Turynie w dn. 29-31 października 1934 r. Został on zwołany przez Włoskie Towarzystwo Medycyny Pracy pod przewodnictwem znanego prof. Deveto, twórcy pierwszej w świecie kliniki chorób zawodowych w Medjolanie. W Kongresie wzięło udział około 500 lekarzy włoskich z całego państwa. Wygłoszono na nim 150 referatów, w których poruszono cały szereg zagadnień naukowych z dziedziny higjeny oraz przedstawiono stan ochrony zdrowia robotników w niektórych gałęziach przemysłu włoskiego.

Kongres ten jest żywym świadectwem, jaką rolę odgrywa higjena pracy we Włoszech.

Na terenie międzynarodowym odbywają się co 4 lata Międzynarodowe Kongresy Medycyny Pracy. Najbliższy z nich wypada 22 lipca r. b. w Brukseli. W kongresach tych bierze zwykle udział kilka tysięcy lekarzy z całego świata. Np. w jednym z ostatnich Kongresów Medycyny Pracy w Budapeszcie, sama delegacja niemiecka liczyła 1.000 osób.

Udział Polski w tym ogólno-światowym ruchu higjeny pracy jest nad wyraz skromny. Dopiero w roku bieżącym odbyła się pierwsza konferencja lekarzy w sprawie higjeny pracy w Polsce, zorganizowana przez Instytut Spraw Społecznych w Warszawie. Skupiła ona około 70 lekarzy. Konferencja stwierdziła konieczność zapoczątkowania szerokiej akcji higjeny pracy w Polsce, zarówno na terenie zakładów przemysłowych, jak i utworzenie odpowiednich instytutów naukowych, poświęconych higjenie pracy i katedr na wydziałach lekarskich uniwersytetów.

W dziedzinie higjeny pracy mamy w Polsce dużo do odrobienia!

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

Zakł. Graf. „DRUKPRASA". Sp. z ogr. odp. Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.